

医療保険情報や氏名・住所他を記入

認定・要支援認定  
認定・要支援更新認定

記入例

うるま市長 中村 正  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年4月0日

介護保険 被保険者番号		個人番号	
医療 保険	保険者名	国民健康保険など	保険者番号
	被保険者 記号・番号	記号	番号
		123	枝番
		01	
被 保 者	フリガナ	ウマ タロウ	生年月日
	氏名	うるま 太郎	明・大・昭 年 月 日
			性別
		男	女
保	住所	〒 000-0000 うるま市〇町〇番地	電話番号 000-0000-0000
		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2
		有効期限	平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日

過去6月間に施設入所や  
入院があれば記入

転出元自治体（市町村）名 [ ]

現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。

（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）

はい ・ いいえ

「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日

者	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
	有 ・ 無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日

申請者情報を  
記入

うるま 次郎  
(ケアマネさんなど代理申請も記入)

本人との  
関係

子  
ケアマネなど

該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）

※家族が申請する場合は記入不要

申請者住所

〒 000-0000

申請者または事業所の住所

電話番号 000-0000-0000

主治医

主治医の氏名

うるま みどり

医療機関名

うるま病院

所在地

〒

電話番号

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名

脳血管疾患 など

65歳未満の方  
は記入

作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定  
認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、うるま市が提供を受けた介護サー  
サービス計画並びに居宅サー  
市から地域包括支援センター  
サービス事業者、  
サービス事業者の

代筆の場合は記入

被保険者氏名

本人氏名

うるま 太郎

代筆者氏名

うるま 次郎

続柄：

子

## 同意する事項

### ●介護認定調査について

入所中の施設職員及び入院中の病院職員、又は利用している介護サービス等に係る介護従事者から、被保険者の日頃の状況を聴取すること。

### ●要介護・要支援更新認定申請の判定について

申請から30日を超えた場合でも、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば、市からの延期通知を省略すること。

## 【事務処理欄】

※これより下は記入しないでください。

申請者の身分確認	医療保険情報の確認
<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 資格確認書 <input type="checkbox"/> 身分証明書	<input type="checkbox"/> 原本または写し確認済み
<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> その他（            ）	●システム入力《要・不要》