

介護保険

要介護認定 ・ 要支援認定
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定

申請書

記入例

うるま市長 様
次のとおり申請します。

個人
番号

医療保険情報を記入。

介護保険 被保険者番号	0	0	0	0	0	0	1	2	3	4	申請日	令和	4	年	4	月	1	日	
医療 保険	保険者名	うるま市国民健康保険							保険者番号	000001									
	被保険者 記号・番号	記号	う国					番号	1234		枝番	01							
被 保 険 者	フリガナ	ウルマ タロウ						生年月日	昭和 ● 年 ● 月 ● 日										
	氏名	うるま 太郎						性別	男 ● ・ 女										
保 険 者	住 所	〒 904-2292 うるま市みどり町1-1-1											電話番号			098-123-456			
		介護度	要支援 1 2			要介護 1 2 3 4 5													
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日																	
	14日以内に 他自治体か ら転入した者 のみ記入	転出元自治体(市町村)名 []											病院に入院している方は こちらへ記入。						
													要支援認定を申請中ですか。 場合は「いいえ」を選択してください。 はい ・ いいえ 申請日: 令和 年 月 日						
医 療 機 関 ・ 介 護 保 険 施 設 等 の 入 院 ・ 入 所 の 有 無	医療機関名	●●病院																	
	所在地	うるま市みどり町●●●																	
	介護保険施設名	特別養護老人ホーム・老人保健施設 記入に所の方はこちらへ記入。																	
有 ・ 無	所在地																		

申請者氏名	うるま 次郎 (ケアマネさんの代理申請の場合も記入)							本人との 関係	子									
提出代行者 名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 居宅介護支援事業所 ○○○ (家族が申請する場合は記入不要)																	
申請者住所	〒 904-0000											申請者の住所または居宅介護支援事業所等の住所を記入 電話番号 ○○○-○○○						

主 治 医	主治医氏名	安慶名 ハナコ					医療機関名	●●病院									
	所在地	〒											主治医意見書を記入して もらう医療機関名・主治 医氏名を記入。				
電話番号																	

2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															
-------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険 65歳未満の方は記入。 必要があるときは
る調査内容、介護認定審査会による 医意見書を地域包括
居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師
に提示すること及び裏面記載事項に同意します。 家族が代理で記入する場合、
代筆者氏名・続柄を記入。

本人氏名 うるま 太郎 代筆者氏名 うるま 次郎 続柄: 子