

記入例

# 介護保険

要介護 ・ 要支援認定  
 要介護 ・ 要支援更新認定  
 変更

# 申請書

沖縄県浦添市長 様

次のとおり申請します。

〇〇年 〇月 〇日

介護保険被保険者番号		個人番号	
医療保険	保険者名	浦添市(国保) 沖縄県後期高齢者医療広域連合	保険者番号
	被保険者記号・番号	記号	枝番

フリガナ ウラソエ ハナコ  
 S 〇〇年 〇月 〇日

医療保険情報をご記入ください。  
 ※生活保護（医療保険未加入）場合は記入不要です

浦添 花子  
 浦添市安波茶1-1-1  
 電話番号 098-876-1234

保険者名  
 ・国保の場合→“浦添市”に○  
 ・後期高齢者医療保険の場合→“後期高齢者医療広域連合”に○  
 ・社会保険の場合→その他に記入ください。

保険者	前回の要介護認定の結果等	※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		年 月 日 ~ 年 月 日			

転出元自治体(市町村)名  
 現在、転出元自治体に移住している場合は、( )に記入  
 (既に認定結果通知書を受け取った者)のみ記入

変更申請の方は、理由の記入をお願いします。  
 例1) 認知症状の悪化に伴う介助量の増加  
 例2) ○○骨折により、○○サービスの利用回数を増やしたい

変更申請の理由 ※変更申請の方のみ記入

過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関の名称等・所在地	期間	〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日

有 無 安波茶第一病院

申請者 浦添 太郎 被保険者との関係 長男

申請者住所 〒901-2114 浦添市 安波茶XX-XX-X Yマンション Z号室  
 電話番号: 携帯・自宅 098-1234-5678

提出代行者 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・介護医療院)

主治医 主治医の氏名 安波茶 次郎 医療機関名 安波茶第二病院

所在地 〒901-2114 浦添市安波茶X-Y-Z

64歳以下の方が申請する場合は特定疾病の記入が必要です。

第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

・介護サービス計画の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・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。  
 ・更新申請について、有効期間内 内容をご確認の上、署名をお願いします。 を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。

本人氏名: 浦添 花子 代筆者氏名: 浦添 太郎 本人との続柄: 長男