

介護保険 [要介護認定] 申請書

（宛先） 安曇野市長
次のとおり申請します。

申請年月日 30年 〇月 〇日

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号		
	フリガナ	アヅミノ イチロウ		生年月日	明治・大正・昭和 8年 1月 1日
	氏名	安曇野 一郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住所	〒399-8303 安曇野市穂高9181		電話番号	77-3131
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	要支援状態区分 1 2	有効期限 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 []			
		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 年 月 日			
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	介護老人保健施設 ◎◎◎	期間	27年11月1日～29年11月30日	
	介護保険施設等の名称等・所在地	△△△△病院	期間	29年12月1日～ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地		期間	年 月 日～ 年 月 日	
<input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無	ご本人やご家族の方が申請される場合は記入の必要はありません			提出代行のときは事業所印を押印	
提出代行者	名称	該当施設（介護支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護医療院）			
	住所	〒 受診の際には介護保険の申請をしていることを主治医にお話してください。			
主 治 医	主治医の氏名	穂高 次郎	医療機関名	わさびクリニック	
	所在地	〒399-8303 安曇野市穂高6658 電話番号 82-6622			

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

介護保険事業の適切な運営のために必要が審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

満64歳以下の方は記入が必要です

上記の被保険者の氏名を記入してください。

本人氏名

安曇野 一郎

※事務処理欄

調査員	訪問日	資格確認	申請入力	保険証回収	資格者証	意見書請求	意見書照合	広域送信
-----	-----	------	------	-------	------	-------	-------	------

※認定調査時に介護保険被保険者証(クリーム色のもの)を回収しますので、ご用意ください。