

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

（宛先）安曇野市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号																				
医療 保険	保険者名	安曇野市											保険者番号									
	被保険者証 記号	アヅミノ イチロウ											番号				枝番					
被 保 者	氏 名	安曇野 一郎											生年月日	明治・大正・昭和			8年 1月 1日					
		性 別	男			女																
保 険 者	住 居	〒299-8303 安曇野市穂高6658											電話番号									
	前回の 認定の結果	満64歳以下の方は、医療保険被保険者番号等を記入してください。医療保険証の写しを添付してください。											年	2	年	月	日	支援状態区分	1	2	年	月
有 ・ 無	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	年 月 日～ 年 月 日								
		△△△△病院											期間	年 月 日～ 年 月 日								
		医療機関等の名称等・所在地											期間	年 月 日～ 年 月 日								
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 者	名 称	該当の施設（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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・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歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医又は認定調査に従事した調査員に提供することに同意																		
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。								