

## 介護保険要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 御次のとおり

医療保険の保険者名、保険者番号、記号、番号、枝番がわからない場合は空白でご提出ください。

個人番号(マイナンバー)がご不明な場合は空白でご提出ください。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険被保険者番号										個人番号											
	医 療 保 険	保険者名					〇〇〇〇					保険者番号					〇〇					
		被保険者証		記号			〇〇			番号			〇〇			枝番						
	フリガナ		ゴセ タロウ										生年月日					明・大・昭 〇年 〇月 〇日				
	氏名		御所 太郎										性別					男 ・ 女				
	住所		〒639-2200 御所市 1-3										電話番号					〇〇〇〇				
													立ち会い					有 ( 子 ) 無				
	過去6ヶ月間の介護保険施設医療機関等への入院、入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地										〇〇病院					期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日				
			〇階 〇病棟 室																			
	有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地															期間 年 月 日～年 月 日				
												階 病棟 室										

提 出 代 行 者	名称		御所 花子										本人との関係									
	住所		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇										電話番号〇〇〇〇〇〇〇〇									

本人以外の方が申請される場合、ご記入ください。

主 治 医	主治医の氏名		〇〇先生					医療機関名					〇〇病院								
	所在地		〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇〇										電話番号〇〇〇〇〇〇〇〇								

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																			
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

主治の先生のお名前、病院名等をご記入ください。

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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、御所市から地域包括支援センター(被保険者氏名)にご記入ください。

ご本人様のお名前(被保険者氏名)をご記入ください。

本人氏名 御所 太郎