

# 申請書記入例

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新

申請書

個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

つくばみらい市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号	0 1 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
医療 保険	保険者名	〇〇健康保険組合	
	被保険者証	記号	〇〇〇〇〇〇
		番号	〇〇〇〇〇〇
		枝番	〇〇〇
フリガナ	ミライ タロウ		生年月日
			昭和〇〇年 〇〇月 〇〇日
氏名	みらい 太郎		性別
			男
住所	〒300-2395 つくばみらい市福田195番地 電話番号 0297-58-2111		
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 から 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	介護保険施設の名前等・所在地 特別養護老人ホーム 〇〇〇	期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	介護保険施設の名前等・所在地 介護老人保健施設 〇〇〇	期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇 病院	期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～
	有・無		

つくばみらい市在住の  
後期高齢者(75歳以上)の方  
は以下のとおりご記入ください。

- ・ 保険者名  
茨城県後期高齢者医療連合
- ・ 保険者番号  
39082359
- ・ 被保険者番号  
医療保険証(上段)の  
8桁の数字

過去6ヶ月以内に入院や施設入所があった方、現在入院・入所中の方は、施設名・病院名と期間をご記入ください。

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	〒 電話番号

代行申請の場合は、  
事業者名・施設名 等  
を必ずご記入ください。

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 先生	医療機関名	〇〇〇 病院
	所在地	〒		

主治医の先生のお名前を  
ご記入ください

かかりつけの病院名を  
ご記入ください

第二号被保険者(40～64歳)の方は、特定疾病をご記入のうえ、医療保険者証の写しを必ず提出してください。

第二号被保険者(40歳から64歳)	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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、つくばみらい市から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又は認定調査に従

上記の内容をご確認のうえ、ご本人様のお名前をご記入ください

本人氏名 みらい 太郎