

申請書記入例

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

個人番号(マイナンバー)をご記入ください。

茨城県つくばみらい市長 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 保険者名	〇〇健康保険組合		保険者番号	〇〇〇〇〇〇
被保険者 記号・番号	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			
被 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
	※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	有効期限	年 月 日 から 年 月 日
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	有	無	施設名・所在地	期間
			特別養護老人ホーム 〇〇	令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日
			介護保険施設等の名称等・所在地 介護老人保健施設 〇〇	期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日
			医療機関等の名称等・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
			医療機関等の名称等・所在地	期間 令和〇年〇月〇日～令和〇年〇月〇日
提出代行者	名称	住所	電話番号	

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

3 9 0 8 2 3 5 9

・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。

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
	住所	〒		
第二号被保険者(40～64歳)	特定疾病名			

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、特定疾病をご記入ください。

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