

介護保険

要介護認定

要介護更新認定

新規申請の場合:要介護認定・要支援認定
更新申請の場合:要介護更新認定・要支援更新認定へ
該当する申請に○をしてください。

あま市長 様
次のとおり申請します。

申請

通知カード等の紛失・申請者による確認が難しい等個人番号が
わからない場合、空欄で提出してください。

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7		
	医療 保 険	保 険 者 名	愛知県後期高齢者医療広域連合										保 険 者 番 号	39232376												
		被保険者証	記 号											番 号	123456						枝 番					
	フリガナ	アマ タロウ											生年月日	昭和 22年 3月 22日												
	氏 名	あま 太郎											性 別	☒ 男 · 女												
	住 所	〒497-8602 あま市七宝町沖之島深坪1番地 電話番号 052-444-3141																								
	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 令和22年 3月 22日から 令和23年 3月31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。[はい・いいえ] （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」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												期間	年 月 日～ 年 月 日											
介護保険施設等の名称等・所在地													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												
☒ 有 · 無		医療機関等の名称等・所在地 ●●病院												期間	5年5月5日～ 年 月 日											

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・保健施設・介護医療院） あま 次郎（長男）																						
	住 所	〒 497-0001 あま市七宝町沖之島深坪10番地 電話番号 052-444-3159																						

主 治 医	主治医の氏名	●●●●●											医療機関名	●●病院											
	所 在 地	〒497-0001 あま市七宝町沖之島深坪●番地 電話番号 052-444-※※※※																							

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険が適用される方）	特 定 疾 病 名	●●●●●																						
-------------------------------	-----------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

40～64歳の方で、医療機関で介護保険を申請する
必要があると言われた際に診断された16の特定疾
病名をご記入ください。

医療機関名のみでなく、同名の医療機関と混同しないため、住所・電話番号
もご記入ください。主治医氏名はわかる場合のみご記入ください。

本人署名の欄ですが、本人による記載が難しい場合、申請者が代理で記入
できます。その場合は欄外に申請者氏名をご記入ください。

受 付 者 印	種 別	窓 口 渡 し 済		本人氏名
	1 在宅新規	2 施設新規	☐	
	3 在宅継続	4 施設継続		