

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。

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 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> 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	
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	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	
		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・介護医療院) あま 次郎(長男)	申請者情報をご記入ください。また、被保険者のご家族が申請する場合でも「提出代行者」の項目に氏名(続柄)・住所・連絡先をご記入ください。
	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)

特定疾病名	●●●●●	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。
-------	-------	--

介護サービス計画の作成等

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。

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	市	組合	窓口渡し済 <input type="checkbox"/>
	1 在宅新規	2 施設新規	
	3 在宅継続	4 施設継続	

本人氏名