

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

岩倉市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

介護保険被保険者証に記載のある番号を記入

マイナンバーカードや通知カードの個人番号を記入

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 ●●●●●●●●				個人番号	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●				
	医療保険	保険者名	●●健康保険組合、岩倉市国保 愛知県後期高齢者医療広域連合等			保険者番号	●●●●●●●●●●				
		被保険者証	記号	●●●●●		番号	●●●●●		枝番	●●	
	フリガナ	イワクラ タロウ				生年月日	昭和10年5月10日				
保	氏名	岩倉 太郎				性別	男 ● 女				
	住所	〒482-8686 岩倉市栄町一丁目66番地				電話番号	0587-66-1111				
険	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	令和元年 5月1日 から				令和4年 3月 31日					
者	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無 (短期入所を除く。)	介護保険施設・医療機関の名称等・所在地 ●●病院 岩倉市●●町●番地				期間 R4年3月1日～R4年3月31日					
	有 ● 無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～年 月 日					

過去6か月間に入院または入所している場合記入

前回の認定情報を記入
※新規申請の場合は不要

提 出 代 行 者	氏名	岩倉 花子			本人との関係	子				
	事業所名称	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	〒482-●●●●● 岩倉市●●町●番地				電話番号	0587-●●-●●●●●			

*申請書の提出者が被保険者本人の場合、提出代行者の記載は不要

主 治 医	主治医の氏名	岩倉 次郎			医療機関名	●●病院				
	所在地	〒482-●●●●● 岩倉市●●町●番地				電話番号	0587-●●-●●●●●			

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護認定審査会による判定結果サービス事業者若しくは介護と同意します。

40歳から64歳で、特定疾病の診断を受け、介護認定を申請する場合は、オレンジの枠内を記入
※併せて医療保険証の写しを提出

調査内容、業者、居宅提示すること

印刷した紙に署名
※本人または家族の署名

本人氏名
本人が記入できない場合の代理人氏名 岩倉 花子 (続柄 子)