

宮城県大崎市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和●年 ●月 ●日

記載例

被 保 険 者	被保険者番号	被保険者番号を記載				個人番号	記載不要					
	医療 保 険	保険者名	40~64歳の方は必ず健康保険証の記号番号等を記載し、窓口を持参する。 それ以外の方は記載がない場合でも受付できます。									
		被保険者証	記号	番号			枝番					
	フリガナ					生年月日	明・大・昭 ●年 ●月 ●日					
	氏 名	認定を受ける人の氏名				性 別	男女いずれかに○ 男 ・ 女					
	住 所	〒 ●●●—●●●● 被保険者証に記載された住所								電話番号	●●—●●●●	
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要支援更新認定・区分変更の場合のみ記入		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		更新・変更申請のみ介護区分、有効期間記載 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで								
	過去6ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院又は入所の 有無(有・無)	転出元自治体(市町村)名「転入者のみ記載」 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										
	介護保険施設の名称等・所在地		期 間									
介護保険施設の名称等・所在地		過去6ヶ月間で介護保険施設、または医療機関に入院した場合のみ記載										
医療機関等の名称等・所在地		期 間										
医療機関等の名称等・所在地		期 間										

提出 代 行 者	氏名 (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) 申請書を提出する方の 氏名(事業所又は施設等)、住所、電話番号を記載									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名				
	医療機関 所在地	〒 主治医氏名、医療機関名、所在地を記載 電話番号								

第二号被保険者(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	該当する疾病名を記載
-------	------------

変更申請の場合のみ記入(該当する理由に○をつけてください。) 変更申請の時は必ず○をつける

1. 心身の状態が変化するため 2. 介護の手間が変化するため 3. その他()

※下の口にチェックと認定を受ける方の氏名を必ず記載

下記のことについて、同意し、申請します(同意する口にチェックを入れ、本人氏名欄に署名をお願いします。)

- 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、大崎市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所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事した認定調査員に提示することに同意します。
- 更新申請の場合において、申請から30日以内に認定がされないときは、有効期間内であれば更新認定の延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 認定を受ける人の氏名

※申請書には、介護保険被保険者証を添えて提出してください。

※40歳から64歳までの医療保険加入者は、医療保険証(健康保険証)をお持ちください。