

記入例

介護保険（要介護認定 要介護更新認定 要支援認定）

申請書

Table with 2 columns: 保険料, 保険証

高島市長 次のおおりに申請します。

被保険者証より 転記をお願いします。

申請年月日 年 月 日

Main application form with fields for 被保険者番号, 氏名, 住所, 生年月日, 性別, 年齢, 電話番号, 要介護状態区分, 要支援状態区分, etc.

過去6か月間に一般病院への入院がある場合、または介護保険施設（清風荘・やまゆりの里・ふじの里・ニューサンライズ・陽光の里・今津病院等）等への入所の場合「有」に○をし、施設名（または病院名）・所在地および入所（入院）期間の記入をお願いします。在宅の場合は「無」に○をしてください。

提出先 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）

上記（網掛け部分）に該当する事業者・施設等が申請書の提出を代行される場合、必ず記入してください。

主治医 主治医の氏名, 所在地, 医療機関名, 電話番号

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

医療保険者名, 医療保険被保険者証記号番号, 特定疾病名

介護サービスセンター（指定介護保険事業者）を運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかおおよび主治医意見書を、高島市から地域包括支援センター、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師または認

2号被保険者（40歳～64歳の医療保険加入者）の方は必ず記入してください。

本人氏名 高島 花子

【高島市・居宅介護支援事業者記入欄】 要介護認定調査員 所属 氏名

※本人氏名を本人または 家族の自筆でご記入ください。