

記入例  
高島市長  
次のとおり申請します。

介護保険被保険者証より転記をお願いします。

介護保険被保険者番号	0 0 0 0 △ △ △ △ △ △	個人番号						
医療保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇					
記号	〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	枝番	〇〇			
氏名	タカシマ ハナコ 高島 花子		生年月日	明・大・昭	〇〇年〇〇月〇〇日			
性別	男・女	年齢	〇〇歳					
住所	〒520-〇〇〇〇 高島市〇〇〇〇〇〇							
電話番号	0740-〇〇-〇〇〇〇							
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 なし				
有効期限	年 月 日から			年 月 日				
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。								
過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、所の有無	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 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。						日	
有・無							期間 年 月 日～ 年 月 日	

医療保険の被保険者証より転記をお願いします。枝番はない場合があります。

介護保険被保険者証より転記をお願いします。

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 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）
記載されている項目に該当する事業者・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	医療機関名
第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）	所在地 〒 ( )	( )

主治医をご記入ください。

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

必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかわらず主治医意見書を、高島市から地域包括支援センター、施設の関係人、主治医意見書を記載した医師または認

【高島市・居宅介護支援事業者記入欄】

要介護認定調査員	本人氏名
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。