第３号様式（第３条関係）

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

※記入不要です。

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

医療保険情報について、わかる場合はご記入ください。

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日		
	氏名		性別		
	住所	〒 電話番号			
	前回の要介護認定の結果等	＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護（要支援）状態区分 有効期間　　年　　月　　日　から　　年　　月　　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。 (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[illegible]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	介護保険施設の名称等・所在地	期間		
		介護保険施設の名称等・所在地	期間		
		医療機関等の名称等・所在地	期間　　年　月　日～　　年　月　日		
	有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間　　年　月　日～　　年　月　日		

氏名等の内容を確認して下さい。調査日程のお約束等でご連絡しますので、ご連絡のつく番号をご記入下さい。

入院・入所の場合は施設の名称・期間等を記入して下さい。期間等、ハッキリわからない時は、わかる範囲で構いません。

提出代行者	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	〒 電話番号

個人での申請の場合は、提出代行者の欄は記入しなくて構いません。

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

主治医の名前を記入して下さい。

第二号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があると[illegible]かかる調査内容、介護認定[illegible]見及び主治医意見書を、宿毛[illegible]、宿毛市から地域包括支[illegible]業者、居宅サービス事業者[illegible]主治医意見書を記載した[illegible]調査員に提示すること及び[illegible]要介護等認定処理がなされ[illegible]を省略することに同意します。

本人氏名

（代筆者氏名　　）

立ち会いが必要な場合は「有」に、必要なければ「無」に○をご記入下さい。

認定調査の立会希望	有　・　無
希望の日時（時間帯）等	

申請者の内容を確認し、よければ署名をお願いします。本人の記入でない場合は、本人氏名の他、代筆者の氏名も記入して下さい。