

**記載例**

**提出する日を記入**

次のとおり申請します。

申請者氏名	南総 太郎	申請年月日	R3年4月00日
申請者住所	〒294-南房総市谷向100番地	子	0470(36)1152
		連絡先電話番号	( )

窓口に来る方(記入した方)のお名前・住所・連絡先を記載してください。

医療保険証から転記してください。  
後期高齢者医療保険の場合は、記号・枝番の記載は不要です。

居宅介護(介護予防)支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護医療院(介護医療院)

**個人番号(マイナンバー)を記入してください。**

被保険者番号	0000099999	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 2
医療保険	保険者名 南房総市	保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 0
	被保険者証 記号 1 2 3	番号	4 5 6 7
		枝番	0 0

印字されている被保険者名等に間違いがないか確認ください。印字がない場合は、介護保険被保険者証から転記してください。

フリガナ	ナンソウ ハナコ	生年月日	昭和20年1月1日
氏名	南総 花子	性別	女
	〒294-8701 南房総市谷向100番地		

要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護 1	自宅電話番号を記入
	令和2年6月1日~令和3年5月31日	0470-36-1152

※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 申請日 年 月 日

過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等 特別養護老人ホーム〇〇	期間	令和2年 〇月〇〇日 ~ 令和3年 〇月〇〇日
	所在地 南房総市谷向〇〇〇番地		
	介護保険施設の名称等 グループホーム〇〇〇	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	所在地 南房総市谷向〇〇〇番地		
	医療機関等の名称等 〇〇病院		
	所在地 南房総市谷向〇〇〇番地		
有 無	医療機関等の名称等		
	所在地		

現在、介護保険施設等に入所、又は医療機関に入院している場合に名称、所在地、期間を記入してください。

主治医氏名	主治医の氏名(1名)と医療機関名(1カ所)を記入してください。複数の医療機関を記入しないでください。
所在地	

※ 2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	脳血管疾患	40歳から64歳までの方は必ず記入してください。
-------	-------	--------------------------

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、南房総市から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者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調査員に提示又は提供することに同意します。

本人氏名	南総 花子	代筆者氏名	南総 太郎	本人との関係	(子)
------	-------	-------	-------	--------	-----

同意する場合は、被保険者の署名をしてください。本人の記入が困難な場合は、代筆者が、被保険者と代筆者両方の署名をお願いします。