

三原市長 様  
次のおり申請します。

被保険者番号を記入してください。

申請年月日 令和 年 月 日

|   |  |                                |   |
|---|--|--------------------------------|---|
| 介護保険<br>被保険者番号                          | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6                        | 個人番号                           |   |
| 医療<br>保険                                | 保険者名                                       | 被保険者番号                         |   |
|   | 被保険者証<br>記号                                | 番号                             | 枝番  |
| フリガナ                                    | ミハラ ハナコ                                    | 生年月日                           | 明・大・昭 11年 11月 11日   |
| 氏名                                      | 三原 花子                                      | 性別                             | 男・女   |
| 住所                                      | 〒723-0000<br>三原市城町3丁目5-1 電話番号 0848-64-0000 |                                |   |
| 被<br>保<br>険<br>者                        | 前回の<br>要介護認定<br>結果等                        | *更新・区分変更申請<br>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<br>有効期間 4年 4月 1日から 5年 3月 31日  |
|   |  | *14日以内に他自治体<br>から転入した者のみ<br>記入 | 転出元自治体(市町村)名[ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既に認定結果の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<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |
|   | 変更申請の理由<br>*変更申請の場合<br>のみ記入                |                                |   |
| 過去6月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等への<br>入院/入所の有無 | 介護保険施設の名称等・所在地                             | 期間                             | 年 月 日～ 年 月 日  |
|   | 介護保険施設の名称等・所在地                             | 期間                             | 年 月 日～ 年 月 日  |
| どちらかに○<br>(有)・無                         | 医療機関等の名称等・所在地                              | 期間                             | 4年 4月 1日～ 4年 8月 31日   |
|   | 医療機関等の名称等・所在地                              | 期間                             | 年 月 日～ 年 月 日  |

三原市国民健康保険  
及び、広島県後期高  
齢者医療保険加入者  
は省略可能です。

改善・悪化した  
理由を具体的に  
記入してください。

直近6カ月の入院、  
施設への入所が  
あれば記入して  
ください。

|       |  |        |   |
|-------|--|--------|---|
| 申請者   | 三原 太郎  | 本人との関係 | 子 |
| 提出代行者 | 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・介護医療院) |        |   |
| 申請者住所 | 〒723-△△△△<br>三原市城町1丁目△△-△△ 電話番号 0848-64-△△△△         |        |   |

本人が申請を  
する場合は  
記入不要です。

|     |        |  |       |       |
|-----|--------|--|-------|-------|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 〇〇 次郎  | 医療機関名 | △△ 医院 |
|     | 所在地    | 〒723-□□□□<br>三原市城町2丁目□□-□□ 電話番号 0848-64-□□□□ |       |       |

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 | 該当に○をしてください。<br>01 筋萎縮性側索硬化症<br>02 後縦靭帯骨化症<br>03 骨折を伴う骨粗鬆症<br>04 多系統萎縮症<br>05 初老期における認知症<br>06 脊髄小脳変性症<br>07 脊柱管狭窄症<br>08 早老症<br>09 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症<br>10 脳血管疾患<br>11 パーキンソン病関連疾患<br>12 閉塞性動脈硬化症<br>13 関節リウマチ<br>14 慢性閉塞性肺疾患<br>15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症<br>16 がん |
|-------|---|

40～64歳の方  
のみ、番号に○を  
してください。

|                  |                |   |  |
|------------------|----------------|---|--|
| 訪<br>問<br>調<br>査 | 調査への<br>同席者の有無 | 無 本人のみで可<br>有 フリガナ ミハラ タロウ<br>同席者氏名 三原 太郎 | 本人との関係 ( 子 )                                   |
|                  | 調査日程調整<br>連絡先  | 該当に○<br>・本人<br>電話番号 090 (1234) □□□□       | ・申請者 (調査同席者)<br>・その他 ( )<br>※連絡が取れる番号を記載してください |
|                  | 訪問調査先          |   |  |

本人の日頃の様子  
がわかる方の同席を  
お願いします。

携帯電話など、  
連絡が取りやすい  
番号を記入して  
ください。

省略

本人氏名: 三原 花子 代筆者氏名: 三原 太郎 本人との関係(子)

※本人氏名を代筆した場合は右記に記入してください。 代筆者住所: 三原市城町1丁目△△-△△

保険者記入欄

|        |        |       |        |        |
|--------|--------|-------|--------|--------|
| 資格者証交付 | 主治医意見書 | みなし申請 | 入力確認欄1 | 入力確認欄2 |
| 有・無    | 後日・依頼  |       |        |        |