

介護保険

由請書

市役所に提出される日
を記入してください。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 **6** 年 **12** 月 **2** 日

介護保険被保険者番号	000000000000	個人番号	123456789012
医療保険	被保険者名	〇県後期高齢者医療広域連合	保険者番号 12345670
	被保険者記号・番号	記号	番号 001234567 枝番
フリガナ	ヤナイ ハナコ	生年月日	明・大・昭 3 年 1 月 1 日
氏名	柳井 花子		男 ・ 女
住	被保険者の医療保険の情報を記入してください。医療保険の情報は、以下の方法などで確認ができます。		
前回の要認定の結果	＜マイナ保険証を保有されている方＞ ・マイナポータルの健康保険証情報画面で確認 ・医療保険者から交付される「資格情報のお知らせ」で確認 ・医療保険者から交付される「医療費通知書」で確認 ＜マイナ保険証を保有されていない方＞ ・医療保険者から交付される「資格確認書」で確認 ・医療保険者から交付される「医療費通知書」で確認		
被保険者	から転入した者	(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)	
過去6ヶ月介護保険施設、医療等への入院、入所の有無	申請日の前6か月の間に、介護保険施設に入所や医療機関(病院)へ入院されたことがある場合「有」に○をつけ、施設・病院名やその期間を記入してください。 ない場合は「無」に○をつけてください。		
有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間 R6年 3 月 2 日～ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	

提出 代 理 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)		
	「かかりつけの医師」の情報を記入してください。 市役所から主治医の先生に主治医意見書の作成を依頼します。			
		電話番号() -		

主 治 医	主治医氏名	柳井 太郎	医 療 機 関 名	〇〇総合病院
	所 在 地	〒742-0000 柳井市南町0-0		
		電話番号(0820) 00 - 0000		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 (65歳以上の方は記入不要です。)

特 定 疾 病 名	※1 特定疾病名（国が定める疾病）を記入してください。
-----------	-----------------------------

1. 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・要支援認定にかかる調査内容、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地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人に提示することに同意します。
2. 認定結果を、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

提出の際に必要な書類※2は次ページをご覧ください。
介護保険被保険者証は原本を提出してください。

場合は、申請日から 30 日を超えて処分を行う場合であ
に同意します。

被保険者本人氏名の
署名をしてください。

柳井 花子

付		理	
---	--	---	--

※1 特定疾病名（国が定める疾病）

1. がん（医師が医学的知見に基づき回復の見込みがない状態であると判断したものに限る。）
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症
4. 後縦靱帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患
16. 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

＊上記の疾病に該当するか否かは、かかりつけの医師にご確認ください。

※2【申請の際必要な書類】

○被保険者本人申請：〔①＋②〕（介護保険被保険者証は原本）

申請方法	①個人番号の確認書類	②被保険者本人の身元確認書類
市窓口で持参する場合	- 個人番号通知カード - 個人番号カード - 個人番号が記載された住民票の写しのいずれか一つ	運転免許証、個人番号カード、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書又は官公署が発行した顔写真があり氏名・生年月日又は住所が記載されているもの 1つ 以上の書類の提示が困難な場合は、介護保険被保険者証、健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、医療保険者が交付する資格確認書、年金手帳など官公署が発行した書類を 2つ以上
郵送する場合	上記のコピーを添付してください。	上記のコピーを添付してください。（介護保険被保険者証は原本）

○代理人（家族の方等）申請：〔③＋④＋⑤〕（介護保険被保険者証は原本）

申請方法	③本人の個人番号確認書類	④代理権の確認書類	⑤代理人の身元確認書類
市窓口で持参する場合	- 個人番号通知カード - 個人番号カード - 個人番号が記載された住民票の写しのいずれか一つ	介護保険被保険者証（原本）	運転免許証、個人番号カード、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、療育手帳、在留カード、特別永住者証明書又は官公署が発行した顔写真があり氏名・生年月日又は住所が記載されているもの 1つ 以上の書類の提示が困難な場合は、介護保険被保険者証、健康保険証、後期高齢者医療被保険者証、医療保険者が交付する資格確認書、年金手帳など官公署が発行した書類を 2つ以上
郵送する場合	上記のコピーを添付してください。	介護保険被保険者証（原本）	上記のコピーを添付してください。