

65歳に到達すると発行される「介護保険被保険者証」の番号を記入してください。(医療保険の番号とは別です) 保険証が見当たらなくても申請可能ですのでその場合は空欄のままご提出ください。

(宛先) 栃木市長
次のお通り申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号																
	医療保険被保険者証	記号		マイナンバーを記入してください。(確認が難しい場合は空欄のままでも受付可能です)															
	フリガナ																		
保 住	氏名	医療保険証の情報を記入してください。(1号被保険者の方の場合、分からなければ空欄で結構です)																	
	性別	別	男・女																
電話番号																			

医療保険証の情報を記入してください。(1号被保険者の方の場合、分からなければ空欄で結構です)

マイナンバーを記入してください。(確認が難しい場合は空欄のままでも受付可能です)

どちらかに ○ を付けてください。(デイサービスやショートステイは含みません)

入所している場合は施設名を記入してください。

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	要支援状態区分 1 2	要介護状態区分 1 2 3 4 5
*要介護・要支	*14日以内に転入転出のみ記入	有効期間	年月日まで
施設の種類等		特別養護老人ホーム ○○	

現在入院中、または半年の間に入院していた場合は病院名・期間を記入してください。

医療機関等入所の有無	医療機関等の名称等	所在地
有・無		

本人以外(ケアマネ・介護保険施設等)が提出代行する場合はご記入ください。

市役所から主治医あてに意見書作成の依頼をします。主治医の氏名が不明である場合は空欄または「主治医」と記載してください。

提出代行者	名	住所

主治医	主治医の氏名	○○ ○○	医療機関名	△△△△病院
	所在地			

※65歳未満である方は申請時に医療保険証の提示が必要です。申請時に窓口を持参してください。また、「特定疾病」に該当するか確認の上で申請してください。

2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者)	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確保を図るため、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記載した申請書(介護保険施設等の関係人、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することに同意します。)

事項をお読みいただき、認定を受ける本人の氏名で同意してください。

本人氏名 栃木 花子

* 家族構成(独居・同居) * 調査立会者の連絡先(氏名・電話番号)

栃木市万町9-25
栃木 太郎(長男)
TEL 00-0000

調査立会者の住所・氏名・電話番号(日中連絡の取れる番号)を記入してください。後日、介護認定調査員から訪問日時のご連絡をいたします。