

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
次のとおり申請します。

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	保険者名											保険者										
	フリガナ	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）									
	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	男 ・ 女										
住所											電話番号												
	前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 ※14日以内に転出元自	要支援状態区分		1	2	要介護状態区分		1	2	3	4	5	有効期限 年 月 日まで									
	転出元自現在、転出（既に認定結果通知書（はい・いいえ）「はい」の場合 申請 年 月 日		入所している場合は施設名を記入してください。																				
	施設の名称等		特別養護老人ホーム ○○																				
	有 ・ 無	医療機関等の名称等	所在地										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。										
	有 ・ 無											期 間											

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

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。

・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設型医療施設

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。

主 治 医	主治医の氏名	○○ ○○	医療機関名	△△△病院
	所在地			

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

※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。

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
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
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 ○○-○○○○

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。