

要介護・要支援認定（新規）申請

宮古島市長 殿

被 保 険 者 の 情 報	介護保険被保険者番号											個人番号																						
	医療保険被保険者名											医療保険被保険者番号																						
	医療保険被保険者証	記号											番号											枝番										
	フリガナ											性別											生年月日											
	被保険者氏名																						年	月	日									
	住 所	郵便番号	—																															
	電話番号																																	
	※現在、要支援認定を受けている場合のみ記入	要支援状態区分																																
		有効期限（始期）										年	月	日	有効期限（終期）										年	月	日							
※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																																	
	要介護・要支援認定を申請中										はい・いいえ										申請日										年	月	日	
過去6ヶ月の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所	過去6ヶ月間の入院・入所の有無										有・無																							
	①介護保険施設の名称等																																	
	①期限（始期）										年	月	日	①期限（終期）										年	月	日								
	②医療機関等の名称等																																	
	②期限（始期）										年	月	日	②期限（終期）										年	月	日								
提 出 代 行 者 の 情 報	種 別											名 称																						
	住 所	郵便番号	—																															
電話番号																																		
主 治 医 の 情 報	主治医の氏名																																	
	医療機関名																																	
	住 所	郵便番号	—																															
電話番号																																		
第2号被保険者の情報																																		
特定疾病名																																		
認定調査の日程調整に関する連絡先																																		
フリガナ																																		
連絡先氏名										被保険者との関係																								
電話番号																																		
本 人 同 意	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特定結果・意見、及び主治医意見書を、宮古島市から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すること、及び介護申請について申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。																																	
	<input type="checkbox"/> 同意する																																	

要介護・要支援認定（更新）申請

宮古島市長 殿

被 保 険 者 の 情 報	介護保険被保険者番号											個人番号																						
	医療保険保険者名											医療保険保険者番号																						
	医療保険被保険者証	記号											番号											枝番										
	フリガナ											性別											生年月日											
	被保険者氏名																						年	月	日									
	住 所	郵便番号	—																															
	電話番号																																	
	前回の要介護認定の結果等	要支援状態区分																																
		有効期限（始期）										年	月	日	有効期限（終期）										年	月	日							
※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																																	
	要介護・要支援認定を申請中										はい・いいえ										申請日										年	月	日	
過去6ヵ月の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所	過去6月間の入院・入所の有無										有・無																							
	①介護保険施設の名称等																																	
	①期限（始期）										年	月	日	①期限（終期）										年	月	日								
	②医療機関等の名称等																																	
	②期限（始期）										年	月	日	②期限（終期）										年	月	日								
提 出 代 行 者 の 情 報	種 別											名 称																						
	住 所	郵便番号	—																															
電話番号																																		
主 治 医 の 情 報	主治医の氏名																																	
	医療機関名																																	
	住 所	郵便番号	—																															
電話番号																																		
第2号被保険者の情報																																		
特定疾病名																																		
認定調査の日程調整に関する連絡先																																		
フリガナ																																		
連絡先氏名										被保険者との関係																								
電話番号																																		
本 人 同 意	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特定結果・意見、及び主治医意見書を、宮古島市から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すること、及び介護申請について申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。																																	
	<input type="checkbox"/> 同意する																																	

要介護・要支援認定（区分変更）申請

宮古島市長 殿

被 保 険 者 の 情 報	介護保険被保険者番号											個人番号																						
	医療保険保険者名											医療保険保険者番号																						
	医療保険被保険者証	記号											番号											枝番										
	フリガナ											性別											生年月日											
	被保険者氏名																						年	月	日									
	住 所	郵便番号	—																															
	電話番号																																	
	前回の要介護認定の結果等	要支援状態区分																																
		有効期限（始期）										年	月	日	有効期限（終期）										年	月	日							
変更申請の理由																																		
過去6ヵ月の介護保険施設又は医療機関等への入院・入所	過去6月間の入院・入所の有無										有 ・ 無																							
	①介護保険施設の名称等																																	
	①期限（始期）										年	月	日	①期限（終期）										年	月	日								
	②医療機関等の名称等																																	
	②期限（始期）										年	月	日	②期限（終期）										年	月	日								
提 出 代 行 者 の 情 報	種 別											名 称																						
	住 所	郵便番号	—																															
電話番号																																		
主 治 医 の 情 報	主治医の氏名																																	
	医療機関名																																	
	住 所	郵便番号	—																															
電話番号																																		
第2号被保険者の情報																																		
特定疾病名																																		
認定調査の日程調整に関する連絡先																																		
フリガナ																																		
連絡先氏名										被保険者との関係																								
電話番号																																		
本 人 同 意	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特定結果・意見、及び主治医意見書を、宮古島市から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すること、及び介護申請について申請日から30日を超えた場合、市からの延期通知を省略することに同意します。																																	
	<input type="checkbox"/> 同意する																																	