

保険者番号

被保険者番号

4 7 2 1 4 2

□ □ □ □ □ □ □ □ □ □

0 5

0 0 0 1

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 (新規・更新・区分変更)

宮古島市長様 次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

Main application form with sections for Insured Person, Applicant, Interview, and Medical Information.

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

Form for second insured person details including name and medical insurance number.

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、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、及び更新申請について、有効期間内に要介護認定を行えるのであれば申請日から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。

本人氏名 (自署) 印 代筆者氏名 (関係: ) 印