

# 記入例

介護保険被保険者証（黄色）に記載されている番号を記入してください。

医療保険の被保険者証番号等を記載して下さい。  
75歳以上の方の保険者名は「群馬県後期」と記載して下さい。

介護保険被保険者番号				個人番号			
医療保険	保険者名			保険者番号			
	被保険者証	記号	番号	番号	枝番		
被保	フリガナ				生年月日		
	氏名				性別		
	住所	〒			電話番号		

入院、入所している場合は記入してください。

保険証に記載されている住所及び連絡先を記入して下さい。

現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択して下さい。)	はい・いいえ
「はい」の場合、申請日	年 月 日
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等 所在地 期間
有・無	医療機関等の名称等 所在地 期間

提出代行者	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)
	住所	〒

かかりつけ医を記入して下さい。

主治医	主治医の氏名			医療機関名		
	所在地	〒		電話番号		

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

特	介護サービス利用（予定）者の氏名を記入して下さい。 代筆の場合は代筆者の氏名も記入して下さい。
---	--

要介護認定・要支援認定条町から地域包括支援センターの関係人、主治医意見を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に同意します。  
(更新申請の場合) 認定の有効期間内に要介護・要支援認定が行われる時は、認定延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 (代筆者氏名 )

※介護保険 要介護認定・要支援認定調査 確認表も記入して下さい