

記入例 (新規申請)

様式第27号 (第15条関係)

介護保険被保険者証をお持ちの場合は、申請時に提出してください。

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

個人番号 (マイナンバー) を記入
分からない場合は、記入不要

ふじみ野市長 宛て

次のとおり申請します。

申請年月日 ○年○月○日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
医療保険 被保険者証	記号	保険者番号	39112
フリガナ	フジミノ ハナコ	番号	○○○○
氏名	ふじみ野 花子	生年月日	明・大(昭) ○年○月○日
性別		性 別	男 ・ (女)
被 住 所	〒 356-8501 ふじみ野市福岡1-1-1 電話番号 049-000-0000		
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	有効期間	年 月 日 から 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 []	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」を選択してください。)
			はい ・ いいえ
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等 所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
(有) ・ 無	医療機関等の名称等 所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	○○病院 ふじみ野市○○町○○-○○		

加入している医療保険の名称等を記入
医療保険によっては、記号・枝番がない
場合があります。

過去6か月以内に入院、施設入所等があった場合は記入

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	〒○○○-○○○ ふじみ野市○○町○○-○○	
		電話番号	03-000-0000

本人以外の方が申請する場合は提出代行者を記入
(家族提出の場合も記入してください。)

主 治 医	主治医の氏名	ふじみ野 一郎	医療機関名	○○病院
	所在地	〒○○○-○○○ ふじみ野市○○町○○-○○	電話番号	04-000-0000

現在、定期的に受診している医療機関の主治医 (フルネーム) を記入

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 定 疾 病 名	
-----------------------	--

第2号被保険者 (40~64才まで) が申請する場合、
介護保険の対象となる特定疾病名を記入

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、ふじみ野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に同意します。

(更新申請の場合のみ) 申請から30日を超える場合でも現在の認定の有効期間内に結果が通知されるときは、認定延期通知の省略に同意します。

市記入欄
在新・在継
施新・施継

本人氏名 **ふじみ野 花子**

上記内容に同意される場合、
被保険者の署名をお願いします。