

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 〕申請書

宇和島市長 様  
次のとおり申請します。  
申請日 年 月 日

申請者氏名		本人との関係	
被保険者番号	個人番号		
医療保険 被保険者証	保険者名	保険者番号	
	記号	番号	枝番
フリガナ	生年月日		年 月 日
氏名	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・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで	
※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 関等入院・入所 の有無	介護保険施設・医療機関の名称・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
	介護保険施設・医療機関の名称・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
	介護保険施設・医療機関の名称・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
	有・無	介護保険施設・医療機関の名称・所在地	期間 年 月 日～年 月 日

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	〒 電話番号

介護保険に関する通知文書の送付先住所 ※被保険者住所以外に送付希望の場合にのみ記入	〒 住所 フリガナ氏名	本人との続柄 電話番号
--	----------------	----------------

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

特定疾病名	
-------	--

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、宇和島市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を宇和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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、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(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。  
また、宇和島医療圏において、医療介護情報共有システム「みさいやネット」に参加する医療機関、介護サービス事業者その他の関係施設が、私の診療情報及び介護情報(個人情報を含む。)を当該システムを通じて共有し、要介護認定・要支援認定に係る手続き、適切な介護サービス計画の作成並びに円滑な医療・介護連携の推進に活用するとともに、生命に関わる救急搬送時や災害時において参照可能とすることに同意します。

※宇和島市記入欄

証回収チェック	済・未
---------	-----

本人氏名 \_\_\_\_\_