



(裏面)

## 被保険者欄

- 申請年月日 : 申請を提出される年月日を記入してください。  
※ケアマネジャー等が代行する場合は、ケアマネジャー等が記入します。
- 介護保険被保険者番号 : 介護保険の被保険者証(桃色)に記載の被保険者番号を記入してください。
- 個人番号 : 更新の場合、記載しなくても構いません。
- 保険者名・番号 : 加入している公的医療保険にチェック・記入をしてください。保険者番号については、富士見市国民健康保険の場合は「110353」と、富士見市の後期高齢者医療の場合は「39112354」(同じ埼玉県後期高齢者広域連合でも発行元の市で番号が異なります)と記入してください。生活保護の場合はその他にチェックのうえ括弧内に「生保」と記入し、保険者番号欄は空欄としてください。
- 医療保険被保険者証記号・番号・枝番 : 国保、社保の保険証の記号、番号、枝番を記入してください。生活保護の場合は記入不要です。後期高齢者医療の場合は番号欄に被保険者番号を記載してください。
- フリガナ氏名 : 被保険者の氏名及びフリガナを記入してください。
- 生年月日 : 被保険者の生年月日を記入してください。
- 性別 : 被保険者の性別を記入してください。
- 住所 : 被保険者の郵便番号と住所を記入してください。
- 前回の要介護認定の結果等 : 前回の要介護認定の要介護状態区分と有効期間をご記入ください。(例えば、要介護3の場合、3に○を付して、令和2年5月1日～令和4年3月30日などをご記入ください。)
- 転入前の状況 : 14日以内に他の市区町村から転入してきた場合にのみ記入してください。
- 入院・入所の状況(過去6月間) : 申請日以前6ヶ月の間に、介護保険施設に入所したり、病院等に入院したりしたことがある場合は、介護保険施設(医療機関)の名称、所在地及び入所(入院)していた期間を記入してください。

## 提出代行者欄

介護サービスを利用されている方が、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者(ケアマネジャー)、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、又は介護医療院の職員が、提出を代行する場合に記入します。

自分自身又はご家族が申請する場合は記入不要です。

- 名称 : 介護保険施設若しくは地域包括支援センターの名称又は居宅介護支援事業者の事業所の名称を記入してください。
- 住所 : 介護保険施設若しくは地域包括支援センターの名称又は居宅介護支援事業者の事業所の所在地、郵便番号及び電話番号を記入してください。

## 主治医欄

主治医とは、かかりつけの医師をいいます。介護認定(更新)申請されますと、市から主治医に対し「意見書」の提出を依頼します。意見書は被保険者の身体の状態を把握し、適切な介護認定(更新)に不可欠なものです。主治医がない場合は事前に相談してください。

- 主治医氏名 : 主治医(かかりつけ医)の氏名を記入してください。
- 医療機関名 : 主治医(かかりつけ医)の医療機関名を記入してください。
- 所在地 : 主治医(かかりつけ医)の医療機関の所在地を記入してください。

## 第二号被保険者記入欄

第二号被保険者の記入欄は、40歳以上65歳未満の方で、脳血管疾患など16種類の特定疾病により要介護認定を受けている方(受けようとする方)が記入する欄です。

特定疾病名 : 16種類の特定疾病のうち該当する特定疾病名を記入してください。