

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

魚沼市長 様
次のおおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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			枝番					
	フリガナ							生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	氏名							性別	男・女						
	住所	〒													
	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 ~ 年 月 日											
		※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入		転出元自治体名(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」 「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・在 地							期間	年	月	日	~	年	月
介護保険施設の 名称等・所 在 地								期間	年	月	日	~	年	月	日
医療機関等の 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

申請者			被保険者との関係	
申請者住所	〒			
	電話番号			
提出代行者	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)			
	〒			
	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				

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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・意見及び主治医意見を魚沼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又は介護保険施設の関係人、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提示することに同意します。

本人氏名