

介護保険〔 認定 ・ 更新認定 ・ 区分変更認定 〕申請書

長岡市長 様

次のとおり被保険者証を添付の上、申請します。

		申請年月日	令和	年	月	日	
申請者	氏名			本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 代理人		
	住所	<small>※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要</small> 〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号</div>					
提出代行者住所及び名称		〒 _____ <div style="float: right; text-align: right;">印</div>				<small>該当に○〔 地域包括支援センター・指定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・その他 〕</small> _____ <div style="text-align: right;">電話番号</div>	

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 年 月 日									
	氏名											性別	男 ・ 女									
	住所	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号</div>																				
	現在の要介護状態区分等 (更新認定申請及び区分変更認定申請の場合のみ記入)	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										
	区分変更認定申請の理由																					
	介護保険施設又はその他施設の入院・入所の有無 有 ・ 無 (短期入所を除く)	施設所在地及び入院・入所施設名																				

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号</div>																				

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
特定疾病名																					

居宅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・意見及び主治医意見書を居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター(介護予防支援事業者)に提示することに同意します。また、介護認定審査会による判定結果(要介護状態区分等)を主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名

印

裏面の介護認定調査連絡票をご記入ください