別記第１号様式

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	年　月　日
申請者	氏名		本人との関係	□ 本人　□ 代理人 □ 家族（続柄　　）
	住所	※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 電話番号		
提出代行者住所及び名称		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・介護医療院・その他〕 電話番号		

被保険者	被保険者番号			個人番号		
	医療保険	保険者名	□新潟県後期高齢者医療広域連合 □長岡市（国民健康保険加入の方） □その他（　　）	保険者番号		
		被保険者証	記号	番号	枝番	
	フリガナ 氏名			生年月日	大・昭　年　月　日	
				性別	男　・　女	
	住所		電話番号			
	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			
		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 「はい」の場合、申請日　年　月　日			
	区分変更認定申請の理由 （区分変更認定申請のみ記入）					
	介護保険施設又はその他施設の入院・入所の有無 （短期入所を除く。）		**無** ・ **有**（医療機関・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・その他）			
			【名称】		【退院(所)・転院予定】 **無** ・**有**（　月　日）	

主治医	医療機関名		主治医の氏名	
	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	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のため必要があるときは、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、主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果（要介護状態区分等）の提供を求められたときは、それを提示すること及び本申請における記載事項を確認するため長岡市が保有する公簿で医療保険被保険者番号等を確認することに同意します。

本人氏名　　代筆者氏名　　続柄

裏面の介護認定調査連絡票をご記入ください