

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

野々市市長 宛

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

被保険者の代理人の氏名		被保険者との関係	1. 家族(続柄) 2. その他 ()
被保険者の代理人の住所	〒	電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合、上記の代理人の氏名、被保険者との関係、住所の欄は記載不要

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	〒	電話番号	
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支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	
	※14日以内に他自治体から転入した方のみ	有効期間 平・令 年 月 日から 平・令 年 月 日	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。 はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 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・所在地	期間	年 月 日～	年 月 日
	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～

提出代行者	名称	該当するものに○(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 ()

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	〒 電話番号

第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	

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・要支援認定にかかる調査内容、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野々市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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、次回以降の申請時に主治医意見書を記載する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。

保険者確認欄		※記入しないでください			
受付台帳	資格者証	発行済	／	／	まで有効
	被保険者証	回収済	／	／	
申請情報入力	主治医意見書	依頼	／	迄	／ 回収
	代理権確認	済・不可	被保険者証・その他()		
身元確認	済・未済	運転免許証・個人番号カード・社員証・その他()			

本人氏名

※介護保険被保険者証を添えて提出して下さい。