

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。

Table with 2 columns: 被保険者の代理人の氏名, 被保険者との関係. Includes fields for family status and address.

※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

Main application form table with multiple rows for personal info, insurance details, and medical history.

Table for 提出代行者 (Proposer) with fields for name and address.

Table for 主治医 (Attending Physician) with fields for name and address.

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

Table for 特定疾病名 (Specific Disease Name).

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、地域密着型介護サービス事業者、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。

Table for 保険者確認欄 (Insurance Confirmation) with checkboxes for various documents.

本人氏名 (本人姓名)

※介護保険被保険者証を添えて提出して下さい。