

(表)

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

銚子市長 様

新規 ・ 更新 ・ 変更

次のとおり申請いたします。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者 （ サ ー ビ ス 利 用 を 希 望 し て い る 方 ）	被保険者番号		個人番号							
	フリガナ			生年月日	年	月	日			
	氏名			性別	男・女	年齢	歳			
	住所	〒 - 電話 ()								
		現在いるところ 同上 ・ 異なる ⇒ 裏面に記載箇所があります。								
	介護保険の郵便送付先	同上 異なる場合記載 →	〒 - 住所	電話 ()						
	前回の要介護認定の結果	要支援状態区分	1	2	/	要介護状態区分	1	2	3	4
有効期間		年 月 日 ~			年 月 日					
過去6か月間の入院・入所の状況				年 月 日 ~	年 月 日					
				年 月 日 ~	年 月 日					

提 申 出 請 代 者 行 又 者 は	氏名	本人との続柄								
	住所	〒 -	電話	-	-					
	代行者名称	[地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設]								

主 治 医	医療機関名		診療科	
	主治医氏名		受診予定日	
	所在地	〒 -	電話 ()	

本 人 同 意 欄	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（要支援）認定の調査内容、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に提供することに同意します。また、今回の認定結果を、主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。								
	氏名	_____			代筆者	_____			

『健康保険証』をご持参ください。

医療保険者名・保険者番号	医療保険被保険者 記号・番号・枝番	特定疾病名（2号被保険者のみ）

※市記入欄

受付印

被保険者証回収済	<input type="checkbox"/>	保険料未納無し	<input type="checkbox"/>
資格者証の交付済	<input type="checkbox"/>	生保あり	<input type="checkbox"/>
送付先の家族同意	<input type="checkbox"/>	転入継続	転入前市町()

