

介護保険【要介護、要支援認定 ・ 要介護、要支援更新認定】申請書
 【区分変更 ・ 転入】

三沢市長 殿 次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号							申請年月日	平成 19 年 4 月 日		
	フリガナ	ミサワ タロウ						生年月日	月・大(昭)10年4月1日		
	氏名	三沢 太郎 印						性別	(男) ・ 女		
	住所	〒 033-8666 三沢市桜町1丁目1-38 電話番号 53-5111									
	備考	調査員に対してのお願い事項等を記入して下さい。(例・家族が別居しているため必ず連絡してから調査して下さい。)									
	老人医療受給者	市町村名				市町村番号			老人医療受給者番号		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					経過的要介護	要支援状態区分 1 2			
	要介護等更新認定場合のみ記入	有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日									
	変更申請の理由										
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	介護保険施設、医療機関名称 所在地						期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
介護保険施設、医療機関名称 所在地							期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

提出 代 行 者	名称	該当に (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・介護老人保険施設・指定介護療養型医療施設) 印		
	住所	〒 電話番号		

主治医	主治医の氏名			医療機関名	病院	
	所在地	〒 三沢市		電話番号	-	

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 特定疾病名は必ず記入してください。

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示することに同意します。

本人氏名 三沢 太郎 印

以下は記入しないで下さい。		決 裁			
介護保険申請受付	情報提供依頼書受付	課 長	課長補佐	係 長	係 員