

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 要介護状態・要支援状態区分変更 ☐ 転入による
該当するものにレ印を付けてください。

(宛先)所沢市長

次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号												個 人 番 号											
	フリガナ												生年月日		年 月 日									
	氏 名																							
	住 所		所沢市																					
	自 宅 電 話 番 号		()																					
	そ の 他 連 絡 先		()										氏 名		続 柄									
	現在の要介護認定の結果等 *更新・変更・ 転入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																					
			※転入の場合に記入 転入前の保険者名 [] 要介護・要支援認定を申請中ですか。 [はい ・ いいえ]																					
	医 療 保 険	保 険 者 名											保 険 者 番 号											
		被 保 険 者 記号・番号	記 号						番 号						枝 番									
	申請の理由																							
入院・入所の状況		名称等 (病棟)																						
期 間		年 月 日～入院中(年 月 日に退院予定)																						
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所沢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。		本人氏名 (代筆者氏名： 続柄：)																						

提出代行者	氏 名											続 柄											電話番号	()									
	住 所		〒																														
提 出 代 行 事 業 所 名	☐ ※次の中から該当する事業所の番号を記入してください。 1 地域包括支援センター / 2 指定居宅介護支援事業者 / 3 指定介護老人福祉施設 4 介護老人保健施設 / 5 介護医療院 / 6 その他																																
	名 称																	担 当 :															
	住 所																	電 話 番 号		()													

主 治 医	医 療 機 関											主治医氏名											
	所 在 地	〒										電 話 番 号		()									

第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	(疾病名)															受 付 者										
---------	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--