

}
要介護認定・要支援認定
}
要介護更新認定・要支援更新認定
}

介護保険
申請書

(宛先) 富士見市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		0 0 0 0				個人番号										
	医療 保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 富士見市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 埼玉県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ( )				保険者番号		<input type="checkbox"/> 110353 (富士見市国保) <input type="checkbox"/> 39112354 (富士見後期高齢) <input type="checkbox"/> その他 ( )								
		被保険者証	記号			番号			枝番								
	フリガナ						生年月日	大正・昭和		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※1		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								
	転入前の状況※2		転出元市区町村名 [ 市区町村 ] 現在、転出元市区町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 <input type="checkbox"/> はい (申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択)														
	入院・入所の状況 (過去6月間)		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療機関に入院又は介護保険施設に入所したことがある (又は現在も入院、入所している)				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">病院名(施設名)・所在地</th> <th style="width: 50%;">期間</th> </tr> <tr> <td> </td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> <tr> <td> </td> <td>年 月 日 ~ 年 月 日</td> </tr> </table>		病院名(施設名)・所在地	期間		年 月 日 ~ 年 月 日		年 月 日 ~ 年 月 日			
病院名(施設名)・所在地	期間																
	年 月 日 ~ 年 月 日																
	年 月 日 ~ 年 月 日																

※1 更新申請の場合のみ記入してください。 ※2 14日以内に他市区町村から転入した方のみ記入してください。

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	主治医氏名					医療機関名				
	所在地	〒				電話番号		( )		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名										
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、富士見市から親族、代理人、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に提供することに同意します。

郵送受付印
-------

保険料	受付者

本人署名 \_\_\_\_\_

代理署名 \_\_\_\_\_