

介護保険[要介護・要支援]認定・更新・変更申請書

(宛先) 沼津市長

次のとおり申請します。

* 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

	申請年月日	年 月 日
申請者氏名 (訪問調査同席者)	本人との関係	
申請者住所 (訪問調査同席者)	〒	
	電話番号	

医療保険者名	医療保険者番号	
医療被保険者記号	医療被保険者番号	枝番
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	〒	電話番号
-----	---	------

現在の要介護 状態区分等	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
変更申請の理由	認定期間 年 月 日 から 年 月 日 まで	

介護保険施設 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名	年 月 日 から
		所在地	電話番号
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名	年 月 日 から
		所在地	電話番号

提出代行者 住所及び名称	該当に○(指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・ 介護老人保健施設・介護医療院・地域包括支援センター) 〒
	電話番号

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒	年 月 日 受診(受診予定)・入院中	
			電話番号	

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

特定疾病名	
居宅サービス希望	有 ・ 無

<同意書> ※下記の事項について被保険者が同意される場合は、同意者の欄に記名してください。

- ・「要支援1」「要支援2」に認定された場合、地域包括支援センターが介護予防サービス計画の作成等を行う必要があります。また、「非該当」と認定された場合でも、要介護状態等になるのを未然に防ぐ観点から利用していただく地域支援事業のサービス対象者に該当する場合がありますため、地域包括支援センターが対象者の把握をする必要があります。以上の趣旨のもと、本申請の結果、「要支援1」「要支援2」「非該当」と認定された場合、沼津市から「担当の」地域包括支援センターに、「認定の結果」「氏名・住所・連絡先」を通知することに同意します。
- ・上記記載の主治医が介護保険サービスの提供に対する助言を行う目的から認定結果(要介護状態区分等及び認定審査会の意見)に関する情報の提供を主治医意見書への付記により求めた場合、当該情報を提供することに同意します。

同意者 被保険者氏名 _____