

入 力	
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未収 <input type="checkbox"/> 再交付
資格者証交付	<input type="checkbox"/> 手渡し(窓口・調査) <input type="checkbox"/> 郵送
調 査 依 頼	<input type="checkbox"/> 直営 <input type="checkbox"/> 委託
意見書依頼	<input type="checkbox"/> 郵送

**滝沢市介護保険〔要介護認定・要支援認定
(更新認定・変更認定)〕申請書**

滝沢市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名		被保険者との関係											
提出 代行 者	名称	<small>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) ※ご本人やご家族が提出する場合は、この欄と下の住所欄の記載は不要です。</small>											
	住所	〒											
		電話番号											
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号									個人番号			
	医 療 保 険	※滝沢市の国民健康保険被保険者または後期高齢者医療保険被保険者の方は、下記「医療保険」欄は記入不要です。											
		保険者名									保険者番号		
		被保険者証	記号							番号	枝番		
	フリガナ										生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏 名										性 別	男 ・ 女	
	住 所 (住民登録地)		〒										
			電話番号										
	現在の居住地 (※上記住所と異なる場合は記入)		〒										
			電話番号										
		入院・入所施設名： _____ 階 号室 入院・入所(予定)期間： _____年 月 日～ _____年 月 日											
認 定 調 査	家族等の 連絡先	〒 (・氏名 ・続柄) 電話番号											
	家族の立会い	する ・ しない									立会者氏名		
		連絡先電話番号											
	日程調整 (※都合の悪い曜日・ 時間に×を記入)	曜日	月	火	水	木	金	備考					
午前													
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	要介護状態区分												
	有効期間 _____年 月 日から _____年 月 日												
	<small>※14日以内に他自治体から記入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名[_____] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 _____年 月 日</small>												
変更申請の理由													

主 治 医	主治医の氏名											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・要支援認定等にかかる調査内容、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、滝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。

被保険者の確認を行うために、市が医療保険被保険者番号等を公簿によって確認することに同意します。

(更新申請のみ) 申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名

印