

要介護・要支援(新規)認定申請

医療保険が国民健康保険被保険者の方

逗子市長 次のとおり申請します。		申請区分	新規	申請年月日	〇〇年〇〇月〇〇日
申請者氏名	返子花子			本人との関係	長女
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) (印)				
申請者住所	〒249-0000 返子市返子〇-〇-〇				電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※申請者が被保険者本人の場合は、住所・電話番号は記載の必要ありません。

被	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	記	入	不	要
	医療保険	保険者名	返子市				保険者番号	140095								
保	被保険者証	記号	09		番号	01234567		枝番	02							
	フリガナ	スシタロウ					生年月日	〇年 〇月 〇日								
	氏名	返子太郎					性別	(男) ・ 女								
	住所	〒249-0000 返子市返子〇-〇-〇					電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇									
険	前回の要介護・要支援認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	介護状態区分 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで													
		*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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。 [はい・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」を選択してください)											「はい」の場合、申請日 年 月 日		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	返子大学附属病院				期間	〇年 〇月 〇日 ~ △年 △月 △日								
者	(有) ・ 無	介護保険施設の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
		医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日								
		医療機関等の名称等・所在地					期間	年 月 日 ~ 年 月 日								

主治医 (有) ・ 無	主治医の氏名	沼間 一郎		医療機関名	返子大学付属病院	
	所在地	〒249-0004 返子市沼間7-1-1		電話番号 046-999-9999		

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	
-------	--

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、逗子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 **返子太郎** 代筆者氏名

起案	・	主治医又は指定医	
決裁	・	意見書作成依頼日	・
課長	係長	係	訪問調査依頼先
			訪問調査依頼日

次のとおり申請を受理し、訪問調査及び意見書作成を依頼してよろしいか。