介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

該当する申請に〇をつけてください。〔 **新規** ・ **更新** ・ **区分変更** 〕

（宛先）富士市長

次のとおり申請します。

				申請年月日	年　月　日		
被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号				
	医療保険 保険者名		保険者番号		本人・扶養		
	医療保険 被保険者証	記号番号		枝番		資格取得日	
	フリガナ			生年月日	明･大･昭　年　月　日		
	氏　名			性　別	男 ・ 女	年　齢	歳
	住　所	〒 （電話番号）（　　）　－					
	前回の要介護認定結果	（要介護度）要支援　1　2　要介護　1　2　3　4　5 （有効期間）　年　月　日　から　年　月　日まで					
	申請理由						
	現在の介護保険施設・医療機関等への入院・入所 有 ・ 無 （該当に〇）	（入院・入所施設名）　（電話番号）（　　）　－ （所在地） （入院・入所期間）　年　月　日 ～　年　月　日予定					
主治医	医療機関名		主治医氏名		最終診察日	年　月	
	所在地	〒 （電話番号）（　　）　－					
認定調査	調査等連絡先	（フリガナ） （氏　名）	本人との関係	自宅電話番号	（　　）　－		
				勤務先、携帯電話等	（　　）　－		
	希望曜日	月・火・水・木・金	留意事項				
	希望時間帯	午前 ・ 午後					
	駐車場	有 ・ 無					
提出者	申請書提出者 ※調査等連絡先と同じ場合は記入不要	（本人との関係） （氏　名） （電話番号）（　　）　－					
	提出代行事業者	該当に〇（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） （名　称）　（担当者名） （住　所）〒 （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　※医療保険資格情報のわかるものの写しの添付または提示をしてください。

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、主治医意見書、富士市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、富士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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿　代筆者　＿＿＿＿＿＿＿＿（本人との関係　　）