

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新

座間市長 宛

【申請の際は、介護保険証を添付してください。】

区分変更 転入継続

次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号				申請年月日				年	月	日
	医療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 座間市				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	年齢		歳	
	住所				電話番号 ()						
	現在の要介護認定区分等				要介護状態区分 (1 2 3 4 5)				要支援状態区分 (1 2)		
※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			

主治医	医療機関名					主治医の氏名				
	所在地	〒				電話番号	()			
最近の受診日		年 月 日 (次回受診予定				年 月 日)				

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(医療保険証の写しを添付してください。)

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

窓口に来た人(被保険者本人の場合は記載不要)

家族等 (提出代行事業者以外)	氏名					被保険者との関係				
	住所	〒				電話番号	()			
提出代行事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	名称									
	所在地	〒				電話番号	()			
	担当者									

私は、提出代行事業者に申請手続の代行を委任しました。

被保険者氏名 _____ (印) ※本人自署の場合は押印不要です。

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、座間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。

被保険者氏名 _____ (印) (親族代筆者名)

※本人自署の場合は押印不要です。

個人番号 1 番号確認: 個人番号カード 通知カード 住民票
2 本人確認: 個人番号カード 運転免許証 その他()

(市役所確認欄)

- 郵送 (連絡 あり なし)
- 被保険者証 ●資格者証
- 意見書新規継続区分 新規 2回目以降
- 保険料: 滞納あり (保険係へ 済 未)
- 医療保険証(2号のみ) あり なし
- 意見書在宅区分 在宅 施設

令和四年四月一日以降に申請書を提出される際は、「医療保険情報」を御記入ください。

