

介護保険要介護認定・要支援認定（新規・更新・変更）申請書

（宛先）富山市長

次のとおり申請します。・太枠内を記入してください。

・「※」欄は該当する方のみ記入してください。申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号										個人番号*1										
	医 療 保 険	医療保険者名 <input type="checkbox"/> 富山県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 富山市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）										医療保険者番号									
		被保険者証 記号					番号					枝番									
	フリガナ										性別					男 ・ 女					
	被保険者氏名										生年月日					明・大・昭 年 月 日					
	被保険者住所										〒 電話番号（ ） -										
	過去6ヶ月間の施設入所・入院（有・無）										介護保険施設の名称等 期間 年 月 日～ 年 月 日					医療機関等の名称等 期間 年 月 日～ 年 月 日					
	主治医意見書の添付（有・無）										医療機関名 所在地 〒 電話番号（ ） -					主治医氏名（担当科）					
	※前回の要介護認定の結果等										更新・変更申請の場合に記入 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					14日以内に他自治体から転入した場合に記入 認定を受けていた自治体（ 県 市） 申請中の場合・・・申請日 年 月 日					
	※変更申請の場合に記入										変更申請の理由										

※申請者が本人以外の場合は記入してください。

申 請 者	申請者氏名										被保険者との関係										家族（ ）・成年後見人・その他（ ）									
	申請者住所										〒										日中連絡できる 電話番号（ ） -									

※第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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、富山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、地域密着型介護予防サービス事業者、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又は提供することに同意します。

本人氏名（自署）

◆地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設等が申請代行を行う場合は、必ず記入してください。

申 請 代 行 者	該当に○（地域包括支援センター・指定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） （担当者： ）																												
	認定調査										申請代行者で実施 ・ 市社協に依頼 ・ その他（ ）										◎市社協調査の場合に記入してください。＜必須＞ （該当項目に○、または□にチェックをつけてください。） 調査地域 神通川左岸 ・ 神通川右岸 調査場所 自 宅・病院（ ）・その他（ ） →自宅の場合 駐車場（有・無） 立会希望 申請代行・家族（ ）・その他（ ） 調整連絡 <input type="checkbox"/> 申請代行（電話番号： ） <input type="checkbox"/> 家 族（ ） ※申請者以外は備考に連絡先を記入								
市 民 課	番 号										番号カード・通知カード・住民票・印鑑・（ ）																		
	本人・代理										番号カード・通知カード・障害者手帳・介護保険証・健康保険証・国民健康保険証・介護保険証・（ ）																		
	代 理 権										法定・委任状・保健証の譲渡・（ ）																		

（注）『介護保険被保険者証』と『健康保険証の写し（40歳～64歳の方のみ）』を添付してください。

（*1）個人番号を記載された方は上記に加え『番号を確認できる書類』と『申請者の身分証明証』を提示してください。