

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 R4年 6月 1日

被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	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 checked="" type="checkbox"/> 富山市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）										医療保険者 番号		01234567									
	被保険者証	記号	100				番号	654321				枝番	00										
被 保 険 者	フリガナ	トヤマ タロウ										性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女										
	被保険者氏名	富山 太郎										枝番の記載のない医療健康保険証の場合は、空欄で構いません。											
	被保険者住所	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号										電話番号 (076) 443-2042											
	過去6ヶ月間の施設入所・入院 ( <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無)	介護保険施設の名称等 医療機関等の名称等 富山市民病院										期間 年 月 日～ 年 月 日 期間 R4年 5月 1日～R4年 5月15日											
主治医意見書の添付 ( <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無)	医療機関名	富山市民病院										主治医氏名 (担当科)	医療 太郎 (神経内科)										
	所在地	〒939-8511 富山市今泉北部町2番地1										電話番号 (076) 422-1112											
※前回の要介護認定申請の場合		要支援 1		2		要介護 1		2		3		4		5		有効期間 令和 3年 5月 1日～ 令和 3年 5月 30日							
※変更申請の場合に記入		変更申請の理由 状態が悪化したため										『変更申請』の場合は、『悪化』もしくは『改善』が分かるように変更理由を記入してください。×状態が変化したため											

※申請者が本人以外の場合は記入してください。

申請者氏名	富山 花子										被保険者との関係	<input checked="" type="radio"/> 家族(妻)・成年後見人・その他( )					
注：この欄にケアマネジャーの氏名等は記入しないでください。		富山市民病院までの医療保険加入者)のみ記入										日中連絡できる 電話番号 (090) 1234-5678					

特定疾病名	脊髄管狭窄症										『2号被保険者(40～64歳)』の場合は記入のうえ、医療健康保険証の写しを添付してください。					
-------	--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------------------------	--	--	--	--	--

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・要支援認定の結果・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、介護保険施設等の関係機関等に提出し、必要に応じて調査員に提示又は提供することに同意します。

枠内の説明に対して、同意をされる方は  
ご署名をお願いします。 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) 富山地域包括支援センター 管理者 支援 次郎 (担当者： 介護 優子)															
認定調査	<input checked="" type="radio"/> 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。)					
備考	『更新申請』の場合は、認定調査はなるべく申請代行者で行うよう、ご協力をお願いします。										調査地域 神通川左岸・神通川右岸 調査場所 <input checked="" type="radio"/> 自宅・病院( )・その他( ) →自宅の場合 駐車場( <input checked="" type="radio"/> 有・ <input type="radio"/> 無 ) 希望 <input checked="" type="radio"/> 申請代行・ <input checked="" type="radio"/> 家族(妻)・その他( )					
	『新規・要支援からの変更申請』の場合は、日程調整が迅速に行えるよう、必ず記入してください。										連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 申請代行(電話番号： 443-2076 ) <input checked="" type="checkbox"/> 家族(妻) ※申請者以外に備考に連絡先を記入					

(注) 『介護保険被保険者証』と『申請者の身分証明証』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。