

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

受付印

市川市長 次のとおり申請します。

受付者

申請区分 新規 更新 区分変更

※ 必ず選択 要支援者の要介護新規 転入継続

A 被保険者記載欄

被 保 険 者	被保険者番号								性別	男・女	
	住所	〒						生 年 月 日	明治・大正・昭和 年 月 日		
	フリガナ								年 齢 歳		
	氏名	☎						障害者手帳（有・無） 級			
	前回の認定結果等	要支援（1・2）要介護（1・2・3・4・5）		市川市重度障害者福祉手当の受給中止の説明（有・無）							
	有効期間	年 月 日	～	年 月 日	前市町村での認定（有・無）						

B 第2号被保険者記載欄（40歳以上65歳未満の申請者記載欄）医療保険証の写しを添付してください。

医療保険者名		記号番号及び被保険者番号等	
特定疾病名			

C 申請理由記載欄（新規・要介護新規・区分変更申請は必ず記載してください。）

--

D 主治医に関する記載欄

医療機関名		最終受診年月
フリガナ	姓 名	診療科 入院中・通院 年 月
主治医氏名		
医療機関所在地	〒	通院の頻度
	☎	

E 提出代行者記載欄（本人の代わりに申請する場合、記載してください。家族は押印不要。）

所在地・住所	〒	被保険者との関係
名称・氏名	☎	担当者名
	(介護保険法第27条1項に規定する事業者にあつては事業所印)	☎
日程調整のための連絡先	氏名	関係 () ☎

F 署名に関する記載欄（下記内容に同意した場合、署名してください。）

介護（介護予防）サービス計画作成及び介護（介護予防）サービス受給のために必要があるときは認定調査票、主治医意見書を居宅介護（介護予防）支援事業者、介護（介護予防）サービス提供事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した認定調査員に提示すること及び要介護認定又は要支援認定の有効期間内においては更新申請に係る介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書（様式第10号）について発送を行わないことに同意します。

本人（被保険者）氏名

被保険者（本人）個人番号																			
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

