

新規申請は「認定」・更新申請は「更新」・変更申請は「変更」を○で囲ってください

介護保険 [要介護・要支援] **認定・更新・変更** 申請書

(宛先) 沼津市長

次のとおり申請します。

*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

申請者氏名 (訪問調査同席者)	沼津 海男	本人との関係	長男
申請者住所 (訪問調査同席者)	〒 410-8601 沼津市御幸町 1 6 - 1	電話番号	055-931-****

		申請年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日									
被 保 険 者	被保険者番号						個人番号					
	フリガナ	ヌヅ 海男					性別	男 ・ 女				
	氏名	沼津 太郎					生年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日				
	住所	〒410-8601 沼津市御幸町 1 6 - 1					電話番号	055-931-****				
	現在の要介護 状態区分等	要支援 1・2		要介護 1・2・3・4・5								
		認定期間	年 月 日 から	年 月 日 まで								
	変更申請の理由											
介 護 保 険 施 設 入 院 ・ 入 所 の 有 無 (短期入所を除く)	有	入院・入所施設名	年 月 日 から									
		所在地	電話番号									
	無	介護保険施設以外の入院医療機関名・入所施設名	年 月 日 から									
		所在地	電話番号									

提出代行者 住所及び名称	該当に○ (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・その他) 〒 電話番号 印
-----------------	---

主 治 医	主治医の氏名	愛鷹 山男	医療機関名	〇〇〇〇〇〇病院
	所在地	〒410-8601 沼津市御幸町 1 6 - 1	〇〇年 〇〇月 〇〇日受診 (受診予定) ・入院中 電話番号 055-931-****	

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

居宅サービス希望	有 ・ 無
----------	-------

<同意書> ※下記の事項について被保険者が同意される場合は、同意者の欄に記名してください。

- ・「要支援1」「要支援2」に認定された場合、地域包括支援センターが介護予防サービス計画の作成等を行う必要があります。また、「非該当」と認定された場合でも、要介護状態等になるのを未然に防ぐ観点から利用していただく地域支援事業のサービス対象者に該当する場合がありますため、地域包括支援センターが対象者の把握をする必要があります。以上の趣旨のもと、本申請の結果、「要支援1」「要支援2」「非該当」と認定された場合、沼津市から担当の地域包括支援センターに、「認定の結果」「氏名・住所・連絡先」を通知することに同意します。
- ・上記記載の主治医が介護保険サービスの提供に対する助言を行う目的から認定結果 (要介護状態区分等及び認定審査会の意見) に関する情報の提供を主治医意見書への付記により求めた場合、当該情報を提供することに同意します。

同意者 被保険者氏名 沼津 太郎