

藤岡市長

新規 更新

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者	介護被保険者番号											医療被保険者番号										
	フリガナ											男・女	個人番号									
	氏名											生年月日	年 月 日				才					
	住所 (居住状況)	〒 - 電話番号 - -										在宅(同居家族有・ひとり暮らし)・施設										
険 者	上記以外の場 所にいる場合	<input type="checkbox"/> 入所	施設名																			
		<input type="checkbox"/> 入院	所在地	〒 -																		
			入所・入院日	年 月 日				退所・退院日	年 月 日				未									
		<input type="checkbox"/> 親族宅 続柄 ()	宛名																			
		住所	〒 -																			
	現在の認定 (更新の場合)	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日										

主 治 医	医療機関名											最終診察日	R 年 月 頃			
	主治医氏名											受診予定日	R 年 月 頃			
	所在地	〒 -										診療科				

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。

医療保険者名											特定疾病名										
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

提 出 代 行 者	該当に○ 氏名 又は 名称	親族 地域包括支援センター 居宅介護支援事業所 介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護療養型医療施設 介護医療院										続柄 又は 担当者名										
	住所	〒 - 電話番号 - -																				

認定調査 立会予定者	氏名											本人との関係										
	日中連絡先											市役所記入欄										
認定結果通知および保 険証の希望送付先	<input type="checkbox"/> 住所地 <input type="checkbox"/> 入所施設 <input type="checkbox"/> 上記親族宅	居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 家族の希望 <input type="checkbox"/> 受け取れる人がいない										認定調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 棟 階									

☆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、介護認定調査会による判定結果・意見・及び主治医意見書を、藤岡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。

(更新申請の場合)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間であれば、認定延期通知の省略に同意します。

(2号被保険者の場合)介護保険法施行規則第26条の規定により介護保険被保険者証の交付を申請します。

本人氏名 (自署)

代筆者

(本人が自署できず、代筆した場合に代筆者の署名をお願いします。)

※市役所確認欄

※個人番 号確認欄	身元 本人・代理人 ()	代理権	番号原本・写し	受付
	免・個力・介 ()	委・介・ ()	個力・通力・ ()	郵・使・ ()