

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

新規
 更新
 要介護状態・要支援状態区分変更
 転入による
 該当するものにレ印を付けてください。

(宛先)所沢市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭
	氏名			年 月 日
	住所	所沢市		
	自宅電話番号	()		
	その他連絡先	()	氏名	続柄
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2		
	*更新・変更・転入申請の場合のみ記入	有効期間： 年 月 日から 年 月 日まで		
	申請の理由	※転入の場合に記入 転入前の保険者名 [] 要介護・要支援認定を申請中ですか。 [はい ・ いいえ]		
	入院・入所の状況	名称等		
期間	年 月 日 ~ 入院中 (年 月 日に退院予定)			

提出代行者	氏名	続柄	電話番号	()
	住所 〒			
提出代行事業所名	※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)			
	名称	㊦		
	住所	電話番号	()	

主治医	医療機関		主治医氏名	
	所在地	〒		
		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

医療保険者番号		医療保険者名	
資格取得日	年 月 日	医療保険記号番号	記号 番号
特定疾病名	(1)筋萎縮性側索硬化症 (2)後縦靭帯骨化症 (3)骨折を伴う骨粗鬆症 (4)多系統萎縮症 (5)初老期における認知症 (6)脊髄小脳変性症 (7)脊柱管狭窄症 (8)早老症 (9)糖尿病性神経障害等 (10)脳血管疾患 (11)パーキンソン病関連疾患 (12)閉塞性動脈硬化症 (13)関節リウマチ (14)慢性閉塞性肺疾患 (15)両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 (16)がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)		

立会人(続柄等)	備考(立会いがない理由等)	受付者