別記様式第4号(その1)(第5条関係)

介護保険 (要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定・要支援認定区分変更) 申請書

妙高市長　宛

次のとおり申請します。

			個人番号	
被保険者	被保険者番号		申請年月日	年　月　日
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号		
	前回の要介護認定の結果等 ＊要介護・要支援更新認定場合のみ記入			
		有効期間　から		
	現在の状況 いずれかに○印 在宅・入院・入所 入院･入所の場合は右欄に記入	施設名 どちらかに○印　{介護保険施設・介護保険施設以外}	期間　年　月　日から 年　月　日まで	
		所在地		

主治医	主治医の氏　名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

提出代行者	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)
	住所	〒 電話番号

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			

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を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。また、更新申請にかかる要介護認定・要支援認定が、有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために３０日を超えてなお要する期間及びその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名