

海老名市長 宛

## 介護保険〔要介護・要支援〕認定申請書

次のとおり申請します。

新規 更新 区分変更

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 險 者 ( 認 定 を 受 け よ う と す る 方 )	被保険者番号										
	フリガナ							生年月日	明・大・昭 年 月 日		
	氏名							性別	男・女	年齢	歳
	住所	〒 243-04 海老名市						電話番号	( )		
	前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2									
		有効期間 年 月 日 ~ 令和 年 月 日									
	変更申請の理由 (変更申請者のみ記入)										
	現在の入院・入所先 (短期入所先を除く)	入院・入所 施設名						(病室: 階 病棟)			
		〒 —						電話番号	( )		
	所在地										
	期間(予定) 年 月 日 ~ 年 月 日										

■被保険者(本人)以外の方が申請される場合は、下欄にご記入ください。

申請 代 行 者	被保険者との関係	1 家族(続柄 ) 2 地域包括支援センター 3 居宅介護支援事業者 4 指定介護老人福祉施設 5 介護老人保健施設 6 指定介護療養型医療施設 7 介護医療院 8 その他( )		
	フリガナ			
	氏名 代行事業者名	※代行事業者の場合 (担当者名)		
	住所 所在地 (上記住所と違う場合のみ)	〒 —	電話番号 ( )	携帯番号 ( )
※認定結果通知書は、原則として被保険者の住民票上の住所地に郵送しますが、郵送先を上記申請代行者のご家族宛に希望したい場合は、右欄の「希望する」に○をしてください。			希望する	

■申請時点で被保険者の状態を把握している医師(主治医意見書の依頼先)をご記入ください。

主 治 医	医療機関名		主治医 氏名		診療科名	
	所在地	〒 —	電話番号 ( )	( 入院 ・ 通院 ・ 往診 )		

■2号被保険者(40歳から64歳の健康保険加入者)は、下欄もご記入ください。

また、健康保険資格を確認できるもの(マイナ保険証・資格確認書 等)の写しを添付してください。

特定疾病名 (該当するか主治医に確認済みであること。)				個人番号 (マイナンバー)	/						
健康保険情報	保険者名				保険者番号						
	記号				番号						
	資格区分	本人・家族・退職本人・退職家族			資格取得日	平・令	年	月	日		

■認定に係る情報提供の同意の確認

同 意 書	介護サービス計画の作成等、介護保険事業及び海老名市高齢者福祉サービスの適切な運営・提供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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を海老名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。									
	被保険者氏名									

市記入欄

受付場所	被保険者証返却			資格証発行	同意	申請入力	意見書依頼			
市・( )包括	済み	紛失	未	済・未		済・未	/ 依頼済み			
調査	調査日時				調査立ち会い者			介護保険料	入力確認	
	月 日 ( ) :									