

{
}

**要介護認定・要支援認定**  
**要介護更新認定・要支援更新認定**  
**要介護認定区分変更**

申請書

佐渡市長 様

次のとおり申請します。

	申請年月日	年 月 日
申請代行者氏名 (代筆する者)		本人との関係
提出代行者名称	<small>該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)</small> <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;">印</div>	
申請者住所	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号 _____</div>	

区分変更申請をする場合、その理由	
------------------	--

被 保 険 者  ( 認 定 を 受 け る 者 )	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	<div style="text-align: right;">電話番号 _____</div>			
	前回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	要支援状態区分 1 2
			有効期間	年 月 日から 年 月 日	
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [ _____ ] <small>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)</small> <div style="text-align: right; font-size: 1.2em;">はい・いいえ</div>			
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有・無	施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

主 治 医	主治医の名前		医療機関名	
	所在地	〒 _____ <div style="text-align: right;">電話番号 _____</div>		

認定を受ける者が第二号被保険者（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は必要があるときは、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、佐渡市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

本人氏名 \_\_\_\_\_