様式第４号（第６条関係）

介護保険要介護（要支援・要介護更新・要支援更新）認定申請書

（あて先）掛川市長

次のとおり申請します。

				申請年月日	令和　　年　　月　　日
被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号	
	医療保険 保険者名	後期・国保 社保（　　）		保険者番号	後期:39222138・国保:220137 社保（　　）
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	枝番
	フリガナ			生年月日	大正 昭和　　年　　月　　日
	氏名			性別	男　・　女
	住所	電話番号			
	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	要支援　１，２　　要介護　１，２，３，４，５		
			有効期限　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで		
		＊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［　　］ 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。)　はい・いいえ 「はい」の場合、申請日　　年　　月　　日		
	過去６月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 有　・　無	介護保険施設の名称等・所在地		期間	年　月　日～ 年　月　日
		介護保険施設の名称等・所在地		期間	年　月　日～ 年　月　日
		医療機関等の名称等・所在地		期間	年　月　日～ 年　月　日
		医療機関等の名称等・所在地		期間	年　月　日～ 年　月　日

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・介護医療院）
	住所	電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	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　※医療保険被保険者証又は資格確認書等の写しを添付

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の作成のため必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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。

本人氏名

代理記載者