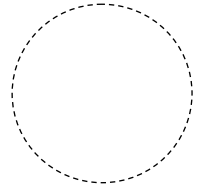


様式第4号（第9条関係）

介護保険要介護・要支援（新規・更新・変更）認定申請書

魚津市長

あて



次のとおり申請します。

・太枠内を記入してください。

・「※」欄は該当する方のみ記入してください。

		申請年月日	年 月 日
申請者氏名			被保険者との関係
申請者住所	電話番号 —		
申請代行者 所属名称	該当に○（指定居宅介護支援業者・地域包括支援センター・指定介護老人福祉施設・ 介護老人保健施設・介護医療院・指定介護療養型医療施設）		

被 保 険 者	被保険者番号						個人番号						
	フリガナ						生年月日	年 月 日					
	氏名						性別	男・女					
	住所 *申請者が被保険者 本人の場合記載不要						電話番号	—					
	調査先 *上記住所と同 じ場合記載不要						電話番号	—					
	日中の連絡先	氏名	被保険者 との関係					電話番号	—				
	※更新(変更)認定 の場合に記入	前回(現在)の要介 護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	経過的要介護				
※変更申請の場合 に記入	変更申請の理由												

主治医意見書 の添付 有・無	※意見書の 添付のない 場合に記入	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居宅介護支援事業者、地域包括支援センタ
ー、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係者、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 _____（代理者氏名 _____ 本人との続柄 _____）

(注)・『主治医意見書』及び『被保険者証』を添付して申請してください。

・第2号被保険者にあつては『医療保険被保険者証』写しも添付して申請してください。