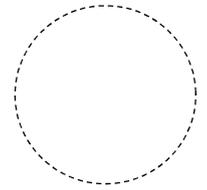


様式第4号（第9条関係）

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 宛



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。

申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所		被保険者との関係	
申請代行者 所属名称	電話番号 ( ) —		
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)			

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	□富山県後期高齢者医療広域連合 □魚津市 (国保加入の方)	
		記号番号	□その他 ( )	
	フリガナ	生年月日	年 月 日	保険者番号
	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 要支援状態区分 1 2 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで	
	※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歳までの医療保険加入者）のみ記入

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マイナ保険証を保有していない場合『資格確認書』も提示してください。