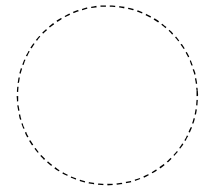


様式第4号（第9条関係）

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）		保険者番号		
		記号番号	□その他（ ）				
	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		要支援状態区分 1 2	有効期間	年 月 日から	年 月 日まで

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	
<p>介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営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、主治医意見書、魚津市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、魚津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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行なう者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。</p>	
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。