

鶴岡市長様

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

被保険者番号		個人番号				
医療 保 険	保険者名	保険者番号				
	被保険者証	記号	番号			
被 保 険 者	フリガナ	生 年 月 日		性 別		
	氏 名	・		男・女		
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____				
	前回の要 介護認定 の結果等	*現在の 要介護・ 要支援認 定区分を 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 以内に他市 町村から転 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。 はい ・ いいえ (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) 申請日 年 月 日 「はい」の場合、申請日を記入してください。			
	変更申請 の理由					
	過去6ヶ月間 の介護保険施 設・医療機関 等への入院・ 入所の有無	施設等の名称	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			
		施設等の名称	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			
		施設等の名称	期 間 年 月 日 ~ 年 月 日			

※事業者のみ記入	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 ( )
----------	---

主治医	(主治医の氏名)	(医療機関名)
	(医療機関所在地) 〒 _____	電話番号 ( )
		—

連絡先	(フリガナ)	本人との関係
	(氏 名)	
	〒 _____ (住所)	日中の連絡先電話番号 自宅・勤務先 ( )

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

特定疾病名	
-------	--

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、鶴岡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、鶴岡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。

認定更新申請から30日以内に更新認定がされない場合でも、現在の認定有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者名 \_\_\_\_\_