

介護保険

- 要介護認定・要支援認定
- 要介護認定・要支援更新認定
- 要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

(宛先) 春日井市長 次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日		平成	年	月	日
提出 代 行 者	名 称	該当に〇 (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・指定介護療養型医療施設)					
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____					

被 保 険 者	被保険者番号			生 年 月 日	明・大・昭	性 別	男 ・ 女		
	フリガナ				年			月	日
	氏 名					歳			
	住 所	〒 _____ 電話番号 _____							
	現在の要介護 状態区分等		有効期間	平成	年	月	日から平成	年	月
申 請 理 由	要介護・要支援状態区分変更認定申請等の場合のみ記入								

主 治 医	氏 名	( _____ 科)					
	医療機関名称						
	所 在 地	〒 _____ 電話番号 _____					

※ 40歳から64歳までの方(第2号被保険者)は、特定疾病名称を記入してください。  
また、加入している医療保険の被保険者証を提示してください。

特 定 疾 病 名 称							
-------------	--	--	--	--	--	--	--

認 定 調 査 場 所	自宅・施設・その他 ( _____ ) 電話番号 _____						
同 席 無・有 ( _____ )	確認連絡先 _____						
調査委託先事業所番号							
			担当者名			登録番号	

この申請に係わる認定結果については、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

被保険者 \_\_\_\_\_ 印

.....ここからは記入しないでください。.....  
新規・継続/在宅・施設

認定調査 予 約 日	年	月	日 ( _____ )
	午前		午後

受 付	入 力	保険証回収	資格者証交付	内容確認

# 委任状

代理人

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

フリガナ

氏名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

被保険者との関係 \_\_\_\_\_

私（被保険者）は、上記の者を代理人として表記申請の権限について委任します。

平成 年 月 日

被保険者

住所 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_