様式第４号（第４条関係）

入　　力	
被保険者証	□回収済□未収
資格者証交付	□手渡し(窓口・調査)□郵送
調査依頼	□直営□委託
意見書依頼	□郵送

受付番号	

滝沢市介護保険〔要介護認定・要支援認定（更新認定・変更認定）〕申請書

滝沢市長　様
次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

申請者氏名			被保険者との関係	
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） ※ご本人やご家族が提出する場合は、この欄と下の住所欄の記載は不要です。 印		
	住　　所	〒 電話番号		

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　　年　　月　　日
	氏　　名		性　　別	男　・　女
	住　　所 (住民登録地)	〒 電話番号		
	現在の居住地 (※上記住所と異なる場合は記入)	〒 電話番号 入院：入所施設名：　　階　　号室 入院・入所（予定）期間：　　年　　月　　日～　　年　　月　　日		
	認定調査	家族等の連絡先	〒 （・氏名　　・続柄　　）電話番号	
		家族の立会い	する　・　しない	立会い者氏名
				連絡先電話番号
		日程調整 (※都合の悪い曜日・時間に×を記入)	曜日：月／火／水／木／金／備考 午前 午後	
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分		
		有効期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日		
	変更申請の理由			

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

第二号被保険者（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・要支援認定等にかかる調査内容、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、滝沢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若しくは、介護保険施設の関係人、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。

（更新申請のみ）申請から 30 日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名　　印