

(あて先) 鴻巣市長

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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										保険者番号									
		被保険者証 記号					番号					枝番									
	フリガナ										生年月日					明治・大正・昭和 年 月 日					
	氏 名										性 別					男 ・ 女					
	住 所										電話番号										
	前回の要介護認定 の結果等										*要介護・要支 援更新認定の場 合のみ記入					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 他自治体から転 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。 (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) 「はい」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ					
	過去6月間の介護保 険施設・医療機関等 への入院、入所の有 無										介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日					
										介護保険施設等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						
										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						
有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						

提 出 代 行 者	名 称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護(介護予防)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・介護医療院・提									
	住 所	〒 ー 電話番号 ()									

主 治 医	主治医の氏名	〒 ー										医療機関名	電話番号 ()									
	所 在 地	〒 ー										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

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、及び主治医意見書を、鴻巣市から地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者若しくは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。

また、作成された介護サービス計画又は介護予防サービス計画については主治医意見書を記載した医師、及び計画上位置づけられたサービス事業者等に対して提示することに同意します。

本人氏名

調査立会い希望	有 ・ 無	連絡先	自宅 ・ 申請者 ・ その他	サービスの緊急性	有 ・ 無
備 考					

委 任 状

代理人

住 所（あるいは事業所名）

氏 名

私は上記の者を代理人と定め、

{	要介護（要支援）認定申請 介護保険の給付 各種証の再交付	}	※委任する事項について ○をしてください
---	------------------------------------	---	-------------------------

に関する一切の権限を委任します。

年 月 日

住 所

氏 名

印

【職員 記入欄】

番号確認	本人申請	代理申請		担当者
	身元確認	代理権確認	代理人身元確認	
<input type="checkbox"/> 記入あり * 確認した物 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票の写し等 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> システム確認	* 1点確認 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () * 2点確認 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()	* 法定代理人 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 * 任意代理人 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 負担限度額認定証 <input type="checkbox"/> その他 ()	* 家族申請 <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> その他 () * 事業者申請 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 包括職員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	確認日
<input type="checkbox"/> 記入なし <input type="checkbox"/> 職員記入 <input type="checkbox"/> システム確認	<input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	