様式第16号

狭山市介護保険 ［ 要介護認定・要支援認定 / 要介護更新認定・要支援更新認定 ］ 申請書

（宛先）狭山市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年　月　日

申請者氏名		生年月日	年　月　日	本人との関係	
提出代行者 名　称	該当に○（地域包括支援センター・指定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・社会保険労務士・介護医療院）				
申請者住所	〒 電話番号				

被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号			
	医療保険	医療保険者名称		医療保険者番号			
		被保険者証	記号		番号		枝番
	フリガナ			生年月日	年　月　日		
	氏　名			性　別	男　・　女		
	住　所	電話番号					
	前回の要介護認定等の結果等 ※更新認定時のみ記入	要介護状態区分等	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　日まで				
	介護保険施設等入所の有無 ※短期入所を除く。	有・無	入院・入所施設名				
			所　在　地				

主治医	有・無	医療機関名		主治医の氏名	
		所　在　地	電話番号　　内線		

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	

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、要支援認定に係る調査内容、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、狭山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、介護保険施設並びに自立支援型地域ケア会議の関係人、主治医意見書を記入した医師、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。

本人氏名

受付印		受付担当者	