

介護保険 要介護（要支援）認定・更新認定 申請書

令和 年 月 日

(宛先) 金沢市長

介護保険の要介護（要支援）認定・更新認定を受けたいので、次のとおり申請します。

被保険者情報表: 介護保険被保険者番号 (0012345678), 個人番号 (123456789012), フリガナ (カサザワ タロウ), 氏名 (金沢 太郎), 住所 (〒920-0962 金沢市広坂〇-〇-〇), 現在要介護状態区分 (要介護 1・2), 有効期間 (年 月 日 ~ 年 月 日).

*申請者が被保険者本人の場合には、次の欄の記入は不要です。

申請者情報表: 氏名 (石川 次郎), 住所 (〒920-8203 金沢市鞍月〇-〇-〇), 電話 (XXX-6789), 本人との関係 (家族 (続柄 息子)).

*該当に〇

提出代行者名称表: 指定居宅介護支援事業者, 地域密着型介護老人福祉施設, 指定介護老人福祉施設, 介護老人保健施設, 介護医療院, 金沢市地域包括支援センター. (電話) -, (担当ケアマネジャー).

*主治医意見書が添付されていれば、以下の主治医の欄は記載不要です。

主治医情報表: 氏名, 所在地, 医療機関名, (電話) -.

*医療保険被保険者番号等（(※)欄）は、第1号被保険者（65歳以上）の方も記載してください。

医療保険被保険者番号等表: 第2号被保険者 (40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入, 特定疾病名, 医療保険者名・保険者番号 (※), 医療保険被保険者記号・番号・枝番 (※).

(注)ただし、第1号被保険者の方で国民健康保険または後期高齢者医療保険の場合、上記(※)欄の記載は不要です。

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、主治医意見書、金沢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者が取得した心身の状況等の情報を、金沢市から地域包括支援センター、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の関係者、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関係者等に調査員を派遣して調査を行うことについて同意する（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。

こちらの欄に署名又は記名押印をお願いします。

*以下は市の記載欄です。

認定調査事業者名, 被保険者氏名 (署名又は記名押印) 金沢 太郎.

【個人番号の確認と本人確認について】
・「①介護保険証」のほか、「②個人番号の確認書類」・・・番号通知カードなど「③本人確認書類」・・・運転免許証、健康保険証などを忘れずにお持ちください。
・なお、「写真入りの個人番号カード」なら、個人番号確認と本人確認を1枚で行うことができます。

事務連絡・特記事項欄: 同席希望 無・有, 連絡先 氏名 石川 次郎 (続柄 息子), 携帯 080-XXXX-5678 電話 076-XXX-6789.

確認欄: 番号 (番号カード・通知カード・住民票・端末・() 代理 法定・委任状・本人発行), 本人 (番号カード・運転免許証・障害者手帳・介護支援専門員証・保険証(介護・国保・後期高齢)・負担割合証・() 受付 入力