

介護保険認定申請書

□新規 □更新 □変更(要介護からの区分変更) □介護(要支援からの区分変更)

五所川原市長 様

□ 被保険者証添付なし

次のとおり申請します。

Table with 5 columns: 課長, 課長補佐, 係長, 係員, 受付

被保険者 information form including fields for 個人番号, 申請年月日, フリガナ, 氏名, 性別, 住所, 電話番号, 介護度, 有効期間, 転出元自治体, 申請日現在の入院・入所.

主治医 information form including fields for 主治医の氏名, 所在地, 医療機関名, 電話番号, 最終診療日, 次回診療予定日.

Insurance information form including fields for 医療保険者名, 保険者番号, 被保険者証, 記号, 番号, 枝番.

※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は特定疾病名を記入し、医療保険被保険者証の写しを添付してください。

特定疾病名 list including items like 筋萎縮性側索硬化症, 後縦帯骨化症, etc.

同意書 section with text explaining the process and including fields for 本人氏名, 印, 代筆者氏名, 印 続柄.

申請者・提出代行者 information form including fields for 住所, 氏名, 印, and a list of family members or service providers.

申請事由 section including a field for 調査立会いを希望 しない・する (立会い者: ) and a checkbox for 保険者受付欄.