

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) 三条市長

次のとおり申請します。

第1号・第2号被保険者共に、御加入の医療保険の内容を記入してください。(病院等に提示する医療保険証を御覧ください。) 枝番は保険証に記載がない場合は記入不要です。

Application form grid containing fields for insurance numbers, personal information, and care status.

Application form grid for applicant information, including name, address, and relationship to the insured.

Application form grid for medical information, including doctor's name and medical institution.

医療保険情報は上記の欄追加により記入場所が変わりました。

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

Application form grid for specific disease names.

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、三条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。

本人氏名