

(申請先) 佐久市長 様

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 記号・番号	記号						番号						枝番								
	フリガナ											生年月日	明・大・昭 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	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分					1	2									
		有効期限											から										
	変更申請の 理由																						
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間					~						
医療機関等の名称等・所在地										期間					~								

提出代 行者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・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・介護医療院)										担当:
	住所	〒										電話番号

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										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、佐久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。

認定調査に関する聞き取り欄 本人氏名 _____

調査日程連絡先	氏名											電話番号										
	被保険者との関係											日中連絡のつく時間帯										
調査立会い希望	希望する	立会者氏名										希望しない										

現在本人のいる場所(住民登録地以外)

〒	—									
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

保 険 者 処 理 欄	入力											調査員											審査会依頼											審査会判定										
	意見書依頼											調査日											結果 通知	介護保険料滞納 有・無																				
	意見書返送											一次入力												文書管理番号																				

介護情報基盤 包括同意欄

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、主治医意見書、佐久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人が取得した心身の状況等の情報を、佐久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、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若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、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医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（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。

本人氏名 _____

申請代行者確認済