

介護保険被保険者証の
番号を記入してください。

次のとおり申請します。

申請年月日

元号0年0月0日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号				
	医療 保険	保険者名	渋川市	保険者番号	100081		
	被保険者 記号・番号	記号	渋国	番号	000-00000	枝番	00
	フリガナ	シブカワ タロウ		生年月日	昭和35年12月 5日		
	氏名	渋川 太郎		性別	男		
	住所	〒 377-0008 渋川市渋川000番地00		電話番号	0279-00-0000		
	前回の要介護 認定の結果等	要介護1		有効期限	元号0年0月0日 から 元号0年0月0日		
	変更申請の 理由	腰椎圧迫骨折により入院し、退院後のサービス利用増加が見込まれるため。					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院・入所の 状況	介護保険施設等の名称等・所在地		現在または半年以内に介護保険施設・病院 に入所・入院している(していた)場合は、 記入してください。			
		医療機関等の名称等・所在地		期間	元号0年0月0日 ~ 3週間(予定)		
	医療機関等の名称等・所在地		期間	~			

区分変更をする理由を具体的に
記入してください。

現在または半年以内に介護保険施設・病院
に入所・入院している(していた)場合は、
記入してください。

本人以外の申請の
場合は、記入してく
ださい。

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) 居宅介護支援事業所○○○ 渋川 花子(担当CM)		
	住所	〒 377-0008 渋川市渋川000番地00 電話番号 0279-00-0000		

主 治 医	主治医の氏名	群馬 一郎	医療機関名	○○病院
	所在地	〒 377-0008 渋川市渋川000番地00 電話番号 0279-00-0000		

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、主治医意見書、渋川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、渋川市より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、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。

ご同意いただける場合は
ご署名ください。

【市処理欄】

(本人氏名)

被保険者証回収 未 済 受付者

(代筆者)

資格者証発行 未 済 ()

意見書区分 (/)