

富津市長 様
次のとおり申請します。

受付番号		申請年月日		令和5年4月1日	
申請者氏名	富津 太郎	電話番号	0439-80-1262	被保険者との関係	夫
申請者住所	〒293-8506 富津市下飯野2443番地		訪問調査の連絡先	申請者・立会人 (どちらかが〇を)	
立会人氏名	富津 一郎	電話番号	0439-80-1300	被保険者との関係	子
提出代行者名 称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設) ※申請者と同一の場合でも記入してください。				

電話番号は日中連絡可能な番号を記入してください

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 9	※医療保険証を提示してください。										1 2 3 4 1 2 3 4 1 2 3 4				
	医療保険	医療保 険者名	富津市	記号番号	富津 ****												
	フリガナ	フツツ ハナコ		生年月日	明・大・昭 40年 6月 10日												
	氏名	富津 花子			性別	男 ・ 女											
	住 所	〒293-8506 富津市下飯野2443番地		電話番号 0439-80-1262													
	訪問調査の場所	同上															
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2 なし											
		有効期間	令和4年11月1日 ~ 令和5年4月30日														
		※14日以内に他自治体から転入した者のみの記入	転出元自治体 (市町村) 名 []	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請通ですか。 はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日													
	入所・入院の有無	介護保険施設等の名称			期間	年 月 日から											
有・無	富津市 青堀病院			期間	令和5年3月1日から												
主治医	氏名	青堀 五郎	医療機関名	青堀病院													
	所在地	〒293-0036 富津市千種新田〇〇番地 電話番号 0439-80-0000		直近受診日	令和5年3月1日												

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

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------

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、要介護認定又は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及び意見並びに主治医意見書に関する情報を富津市が地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

本人氏名 富津 花子

※介護が必要になった原因は第三者行為 (交通事故等) によるものですか?

はい (令和4年10月ころ 理由: 交通事故の為) ・ いいえ

市 記 入 欄	受付者	保険証	番号確認	備考
		有・無	カード (個・通) 住民票・住基 他 ()	未・欠・なし 他 ()
	訪問調査	意見書	身元確認	
		新・継	カード・免許・ケアマネ・被保・負担・医療保 他 ()	