

逗子市長  
次のとおり申請します。

申請年月日

〇〇年〇〇月〇〇日

申請者氏名	返子花子	本人との関係	長男の妻
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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設) <span style="float: right;">(印)</span>		
申請者住所	〒249-0000 返子市返子〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載の必要ありません。

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	記 入 不 要
	医療 保険	保険者名 被保険者証	返子市 記号 09	保険者番号 番号 01234567 枝番 01
保	フリガナ 氏名	スシタロウ 返子太郎		生年月日 〇年 〇月 〇日 性別 (男) ・ 女
	住 所	〒249-0000 返子市返子〇-〇-〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
險	現在の要介護 状態区分等	要介護状態区分 要支援1 有効期間 〇年 〇月 〇日から 〇年 〇月 〇日まで		
	変更申請 の理由	末期の肺がんと診断を受けた。 前回の介護度より状態が悪化している。		
者	介護保険施設 入所の有無 (短期入所を 除く。)	有・ (無)	入所施設名 所在地	〒 電話番号

主治医の 有・無	主治医の氏名	沼間 一郎	医療機関名	返子大学附属病院
	所在地	〒249-0004 返子市沼間7-1-1 電話番号 046-999-9999		

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

医療保険者名	
医療保険被保険者証記号番号	
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逗子市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護サービス事業者、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供することに同意します。

本人氏名 返子太郎

代筆者氏名

## 【本人確認書類をご持参ください】

ご本人以外の方が申請のお手続きをされる際は、本人確認をさせていただきますので、身分証 (運転免許証、医療保険被保険者証など) をご持参ください。

なお、2号被保険者 (40歳～64歳) の方が申請される際は、医療保険被保険者証の写しをいただきますので、ご持参ください。