

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

岐阜県下呂市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号				個人番号				
	医療 保 険	保険者名			保険者番号				
		被保険者証	記号	番号	枝番				
	フリガナ				生年月日				
	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・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		有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日	
		※14日以内に 他自治体から 転入した者のみ 記入		転入元自治体(市町村)名 []					
		現在、転入元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知書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 ・ いいえ	
	過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 医 療 機 関 等 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地			期間	～			
介護保険施設の名称等・所在地			期間	～					
医療機関等の名称等・所在地			期間	～					
有 ・ 無			医療機関等の名称等・所在地	期間	～				

申請者	被保険者との関係		
申請者住所	〒		
提出代行者	電話番号 ()		
	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・指定介護療養型医療施設)		

主治医	主治医の氏名	〒	医療機関名
	所在地		電話番号

第2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、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 _____

代筆者氏名 : _____

※ 本人氏名を代筆した場合は、
右記に記入してください。

住 所 : _____

代筆理由 : _____

個人番号等確認欄

番号確認	窓口（施設）に来た方の身元の確認	
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード	1点確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳・療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神手帳（写真付き） <input type="checkbox"/> その他（ ）
<input type="checkbox"/> 個人番号記載の住民票の写し 住民票記載事項証明書	2点確認	<input type="checkbox"/> 各保険証（ ） <input type="checkbox"/> 年金手帳・手帳 <input type="checkbox"/> 受給者証（医療・サービス） <input type="checkbox"/> その他（ ）
代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本等 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他（ ）	

市確認者（ ）