

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

新規 ・ 更新

下呂市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被	被保険者番号																	個人番号															
	フリガナ															生年月日	明・大・昭	年	月	日													
保	氏名															性別	男	・	女														
	住所	〒														電話番号																	
険	過去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																	
		有効期限														年	月	日	から	年	月	日											
者	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						年	月	日	～	年	月	日									
		介護保険施設の名称等・所在地										期間						年	月	日	～	年	月	日									
		医療機関等の名称等・所在地										期間						年	月	日	～	年	月	日									
	有・無	医療機関等の名称等・所在地										期間						年	月	日	～	年	月	日									

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・指定介護療養型医療施設）														印				
	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

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、下呂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。

本人氏名 _____ （代筆者氏名） _____

個人番号等確認欄

番号確認		窓口（施設）にきた方の身元の確認													
<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <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 <input type="checkbox"/> その他 （ 職権確認 同意確認 <input type="checkbox"/> ）	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"/> 精神福祉手帳（写真付き） <input type="checkbox"/> その他（ ）													
	2点確認	<input type="checkbox"/> 各保検証（ ） <input type="checkbox"/> 年金証書・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（ ）