

介護保険要介護認定・要支援認定申請書
(宛先) 各務原市長 次のとおり申請します。

前回 **記入例** 今回

交通事故など第三者の行為が原因で、介護が必要となったかどうかをお聞きしています。

新規・更新・変更(要支援・要介護)・転入(転入前市町村):

この申請は、第三者行為(交通事故等)が原因ですか。いいえ・はい【事故発生日 年 月 日】

被 保 険 者	介護保険被保険者番号		申請日	令和 年 月 日
	個人番号	申請書を市へ提出した日(郵送で申請される場合は、空欄で提出してください。市が受け取った日にちを記入いたします。)		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		(歳)	
	住所	〒 - 電話番号 () -	性別	男・女
	現在の要介護認定 (更新・変更申請時のみ記入)	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 年 月 日 から 年 月 日まで
状態変化の様子 (変更時のみ記入)	変更申請の場合は、必ず記入してください。			

主治医	医療機関		主治医の氏名	市から医療機関に意見書を依頼しますので、フルネームで記入してください。
	所在地	〒 - 電話番号 ()		
	受診	最終受診日 年 月 日 通院 退院予定日 年 月 日 入院中		

医療保険	保険者名	各務原市・岐阜県後期高齢・その他 ()		
	保険者番号	医療保険の資格確認書等に記載されている内容を記入してください。生活保護の方は未加入に☑を入れてください。		<input type="checkbox"/> 未加入

申請者名		本人との関係	
------	--	--------	--

申請者住所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所と同じ 〒 - 電話番号 () -
-------	--

提出 代行者 名称及 び住所	該当に○をつけてください。(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・介護医療院・その他 ()) 〒 () 電話番号 ()	事業者が提出する場合は、必ず記入してください。	担当者名	
-------------------------	---	-------------------------	------	--

私は、介護(予防)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(要支援)認定申請に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、各務原市が提供を受けた介護(予防)サービス計画及び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を、各務原市が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、介護保険施設、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の関係人、介護予防・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する調査員に情報提供する(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。
(更新申請の場合のみ)

私は、認定が申請から30日以内にされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することを承諾します。
※被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得た上、家族等が署名してください。

本人署名		代筆者署名	
------	--	-------	--

※特定疾病名は、2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、申請時に医療保険証の写しを添付してください。

※特定 疾病名	40歳から64歳までの方は必ず記入してください。	受付日・受付者	資格者証の受取者名
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 未記入	身元確認	1点 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他 () 2点 <input type="checkbox"/> 保険証(介・医) <input type="checkbox"/> その他 ()

メモ	
----	--

裏面もあります

