

様式第1号（第2条関係）

介護保険 要介護・要支援認定申請書（新規・更新・区分変更）

飛 騨 市 長 あて
次の通り申請します。

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	大正昭和 年 月 日		
	氏 名				性 別		男 ・ 女	
	住 所		〒 電話番号 () -					
	現在の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新変更申請の場合のみ記入		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 年 月 日 から			年 月 日		
	申請の理由							
	介護保険施設、医療機関等の入院、入所の有無		介護保険施設・医療機関等の名称			入所・入院等期間		
有・無		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
訪問先住所 ※上記の住所と違う場合のみ記入		〒 電話番号 () -						
訪問先名								
調査の立会い希望		有・無	立会い者	氏名 (続柄) 電話番号				

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地		〒	

※2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	
特定疾患名			

介護（介護予防）サービス計画作成その他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飛騨市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者又は指定市町村事務受託法人の関係人並びに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)

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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院）					
	住 所	〒 電話番号 () -					