

（表）

介護保険 要介護・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

飛驒市長あて  
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	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											
	過去6か月間の介護保険施設、医療機関等の入院、入所の有無  有・無		介護保険施設名称等・所在地 (サービス付き高齢者向け住宅、有料老人ホーム等含む)				入所・入居期間					
				年	月	日	～	年	月	日		
				年	月	日	～	年	月	日		
医療機関名称等・所在地				入院期間								
				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		〒	訪問先名	電話番号（	）	-						
調査の立会い希望		有・無	立会い者	氏名	電話番号	(続柄)						

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名			
	所在地			〒	電話番号（	）	-

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、飛驒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)

※2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾患名	
-------	--

(裏)

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・介護医療院・ 介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設）
	住所	〒 _____ 電話番号（ _____ ） _____

※14日以内に 他自治体から転 入した者のみ記 入	転出元自治体(市町村名) [ _____ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果を受け取っている方は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合 申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
------------------------------------	---

担当ケアマネージャー	氏名 _____ 事業所 _____
デイサービス利用 (利用者のみ)	月 _____ 火 _____ 水 _____ 木 _____ 金 _____ 土 _____ 日 _____
その他サービス利用 (用具レンタル、ショートステイ等)	