

受付印

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新)

福知山市長 様

次のとおり申請します。

受付番号			
申請年月日	令和	年	月 日
ふりがな			
申請者氏名	本人との関係		
申請者住所	〒 電話番号 ( )		
提出代行者名称	該当に○(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・地域包括支援センター・介護医療院) 印		
提出代行者住所	〒 電話番号 ( )		

被 保 険 者	被保険者番号								
	個人番号								
	ふりがな	生年月日	明・大・昭	年	月	日			
	被保険者氏名	性別	男 ・ 女						
	住 所	〒 (自治会名) 福知山市 電話番号 0773-( )							
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援1	要支援2
		有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日						
		転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中(※14日以内に他自治体から転入の場合) はい : 令和 年 月 日申請 いいえ : 既に認定結果通知書を受け取っている場合はいいえ 転出元自治体(市町村)名 [ ]							
	要支援認定者の変更に係る理由								
	過去6か月間の入院・入所(短期入所は除く) 有 ・ 無	施設名称等					期間	年	月 日
施設名称等						期間	年	月 日	

\*書ききれない場合は、別紙に記入のこと

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

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(介護予防)サービス計画を作成する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、及び主治医意見書並びに保険給付の制限状況を居宅介護支援事業者、地域包括支援センター、居宅サービス事業者又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。
- 被保険者証の代理受領を、指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域包括支援センター・居宅サービス計画作成事業所に委任します。

上記1・2について同意します。

本人(被保険者)氏名

(同意するものに○)

※この申請書に記載いただいた特定個人情報(福知山市個人情報保護条例(平成16年福知山市条例第22号)第2条第5号に規定する特定個人情報をいう。)は、介護保険に係る事務に利用します。