

高齢者福祉課への到着後、申請者又は提出代行者へ連絡がいき、その時点で受付します。連絡の取れない場合は申請受付できません。

要介護の区分変更については、ダウンロード用様式がありません。高齢者福祉課 介護保険係0773-24-7013にお電話ください。区分変更申請書を郵送します。(要支援からの区分変更申請は、この様式で申請できます。)

(新規・更新)

福知山市長 様

次のとおり申請します。

今回の申請区分に○をつけてください。

受付番号		
申請年月日	令和	年 月 日
本人との関係		
申請者氏名	被保険者本人又は、代理人についてご記入ください。	
申請者住所	〒	
提出代行者名称	電話番号 ( )	
提出代行者住所	提出代行する居宅支援事業所、施設についてご記入ください。印	
提出代行者住所	介護保険被保険者証の番号をご記入ください。介護保険被保険者証がない場合は空欄でも構いませんが、別紙の紛失届をご記入の上同封をお願いします。号 ( )	

被 保 険 者	被保険者番号			
	個人番号	個人番号カード、個人番号通知カードの番号をご記入ください。		
	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 住民票の住所をご記入ください。居所と異なる場合は申請書上部余白に居所住所をご記入ください。		
	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 : 平成 年 月 いいえ : 既に認定結果通知 転出元自治体(市町村)名 [ ]	
	要支援認定者の変更に係る理由	要支援からの区分変更の場合は必ずその理由をご記入ください。		
	過去6か月間の入院・入所(短期入所は除く)	施設名称等		期間 年 月 日 ~ 年 月 日
施設名称等			期間 年 月 日 ~ 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	〒 主治医意見書の記載依頼を医療機関にしますので、所在地を必ずご記入ください。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

第2号被保険者の申請の場合には下記に必要な事項をご記入の上、必ず医療保険被保険者証のコピーを同封お願いします。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号
特定疾病名	該当の特定疾病をかかりつけの医療機関に確認の上、正確にご記入ください。

- 介護(介護予防)サービスの利用状況等に関する記載は、要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による個人情報に関する取り扱いについての記載です。同意の場合は○をしてください。者、地域包括支援センター、居宅サービス事業所又は介護保険施設の関係者、主治医免許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 認定後の被保険者証を担当ケアマネ又は施設へ郵送ご希望の場合はこちらに○をしてください。ピ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。(同意するものに○)

本人(被保険者)氏名 同意の場合は必ず氏名をご記入ください。

※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。