

高齢者福祉課への到着後、確認や不備がある場合は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。)

介護休業 要介護認定 要支援認定申請書 (新規・更新)

今回の申請区分に○をつけてください。

福知山市長 様

次のとおり申請します。

フリガナ		受付番号	
申請者氏名		申請年月日	年 月 日
申請者住所	〒	本人との関係	
提出代行者名称	〒	電話番号	()
提出代行者住所	〒		

該当に() 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。

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。

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。

フリガナ		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)							
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	
	有効期限	年 月 日 から			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	年	月	14日以内に他自治体から転入した方のみ、「はい」か「いいえ」に○をしていただき、「はい」の場合は申請日をご記入ください。また、転出元自治体は「はい」か「いいえ」に関わらず、ご記入ください。				
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	
	施設名称等				～	年	月	日	
有・無					期間	年	月	日	
					～	年	月	日	

* 欄内に記載が困難な場合は、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	()

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。

医療保険	保険者名		被保険者記号・番号	記号	枝番
------	------	--	-----------	----	----

医療保険情報をご記入ください。(第2号保険者の申請の場合記入必須となり、必ず医療保険被保険者証のコピーを同封お願いします。)

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

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。(第2号被保険者の申請の場合は記入必須となります)
-------	--	--

1 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・要支援認定に係る調査内容、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、福知山市から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若しくは介護保険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。に提示することに同意します。

2 被保険者証の代理受領を、福知山市介護支援事業者、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。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。

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(行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号)第2条第9項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。