

要介護からの区分変更については、様式のダウンロードはできません。
必要な場合、高齢者福祉課介護保険係（0773-24-7013）にお電話ください。
（要支援からの区分変更については、こちらの様式で問題ありません。）

受付印

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新）

不備がある場合、申請者又は提出代行者に連絡します。
連絡が取れない場合、受付できません。

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。

ふりがな		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○（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・地域包括支援センター・介護医療院） 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。		
	〒	電話番号	()

被 保 険 者	被保険者番号	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、空欄でも構いませんが、別紙紛失届をご記入の上、同封をお願いします。							
	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) 住民票の住所をご記入ください。居所と異なる場合、申請書上部余白に居所住所をご記入ください。 電話番号 ()							
	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 : 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○をしてください。 いいえ : 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、その理由を必ずご記入ください。							
	過去6か月間の 入 院・入 所 （短期入所は除く） 有 ・ 無	施設名称等					期間	年	月
	施設名称等					～	年	月	日
	施設名称等					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	〒	主治医意見書の記載依頼のため、所在地を必ずご記入ください。 電話番号 ()	

医 療 保 険	保険者名	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、医療保険被保険者証のコピーを必ず同封してください。）	
	被保険者記号・番号	記号	

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

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。
-------	-------------------------------------

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、福知山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又 個人情報に関する取り扱いについて同意される場合、○をしてください。 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、地域包括支援センター、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

2 被保険者 認定後の被保険者証を担当ケアマネ又は施設への郵送をご希望の場合、○をしてください。 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。
（同意するものに○）

本人（被保険者）氏名

同意される場合、氏名を必ずご記入ください。

※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。