

(宛先)岐阜市長

介護保険要介護・要支援認定申請書 (新規 更新 変更 転入)

次のとおり申請します。

										申請年月日		<input type="checkbox"/> 令和		年		月		日							
被保険者番号										個人番号															
被 保 険 者	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		<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和		年		月		日						
	被保険者氏名										性 別		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女												
	住 所										〒		-		電話 番 号		-		-						
(住民登録を しているところ)										訪問先名															
現在 (前回) の要介護状態 の区分 (認定 結果) 等										要支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5															
<input type="checkbox"/> 平成										年		月		日		から		<input type="checkbox"/> 平成		年		月		日	
<input type="checkbox"/> 令和										※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。 はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日 既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。															
過去6か月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無										<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※有の場合は別紙連絡票の「連絡事項」に詳細を記載してください。															
変更申請の理由										※変更の場合のみ記入															
主 治 医	医療機関名										主治医の氏名														
	所在地										〒		-		電話 番 号		-		-		最終受診日		年 月		

※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入の上、医療保険被保険者証を提示してください。

特 定 疾 病 (40歳から64歳のみ)										
提 出 代 行 者	名 称									
	住 所									
	該当する区分に チェックをつけ てください									
<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設										
<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院										

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岐阜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。

被保険者氏名 (自署)

