

(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	被保険者番号					個人番号										
	医療 保 険	保 険 者 名					保 険 者 番 号									
		被保険者等		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															
	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															
	現在 (前回) の要介護状態 の区分 (認定 結果) 等		<input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 から <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日 <input type="checkbox"/> 令和					<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		〒				電話 番号								
	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"/> 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、主治医意見書、岐阜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は介護保健施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、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。
また、要介護・要支援認定の更新の申請から30日以内に認定がされない場合、現在の要介護・要支援認定の有効期間内であれば、要介護・要支援認定延期通知書 (認定を延期する通知) を省略することに同意します。

被保険者氏名 (自署)