

介護保険 要介護・要支援（認定・更新認定）申請書

美濃加茂市長 藤井 浩人 宛

次のとおり申請します。

申請受付番号

申請年月日 年 月 日

|                |                      |                                                                            |               |                                 |
|----------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------|
| 申請者・提出代行者      | 申請者氏名<br>又は<br>提出代行者 | 1 地域包括支援センター                                                               | 2 指定居宅介護支援事業者 | 3 指定介護老人福祉施設                    |
|                |                      | 4 介護老人保健施設                                                                 | 5 介護医療院       | 6 家族（続柄：                      ） |
|                |                      |                                                                            |               |                                 |
| 申請者<br>(提出代行者) | 住所                   | 〒                      電話番号（                      ）                      ー |               |                                 |

|                  |                             |               |                                                                                                 |     |                                                     |                                                     |    |                         |
|------------------|-----------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----|-------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号              |               |                                                                                                 |     | 個人番号                                                |                                                     |    |                         |
|                  | 医療<br>保<br>険                | 保険者名          | <input type="checkbox"/> 岐阜県後期高齢者医療広域連合<br><input type="checkbox"/> その他（                      ） |     |                                                     | 保険者番号                                               |    |                         |
|                  |                             | 被保険者<br>記号・番号 | 記号                                                                                              |     |                                                     | 番号                                                  |    |                         |
|                  | フリガナ                        |               |                                                                                                 |     | 生年月日                                                | 年    月    日                                         |    |                         |
|                  | 氏    名                      |               |                                                                                                 |     | 性    別                                              | 男    ・    女                                         |    |                         |
|                  | (住民票の)<br>住    所            |               | 〒                                                                                               |     | 電話番号（                      ）                      ー |                                                     |    |                         |
|                  | 前回の認定結果<br>(更新認定の場合のみ記入)    |               | 状    態    区    分                                                                                |     | 要支援〔1・2〕・経過的要介護・要介護〔1・2・3・4・5〕                      |                                                     |    |                         |
|                  |                             |               | 有効期間の満了日                                                                                        |     | 年                      月                      日     |                                                     |    |                         |
|                  | 介護保険施設・<br>医療機関等入院<br>入所の有無 |               | 有<br>・<br>無                                                                                     | 施設名 |                                                     |                                                     | 期間 | 年    月    日～年    月    日 |
|                  |                             |               |                                                                                                 | 〒   |                                                     | 電話番号（                      ）                      ー |    |                         |

|             |        |   |  |                                                     |  |  |
|-------------|--------|---|--|-----------------------------------------------------|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 氏    名 |   |  | 医療機関名                                               |  |  |
|             | 所在地    | 〒 |  | 電話番号（                      ）                      ー |  |  |

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護・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、美濃加茂市から地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、指定居宅（介護予防）サービス事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師及び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。

被保険者本人氏名

代筆者氏名

(被保険者との続柄：                      )

※第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方のみ記入

|                   |  |
|-------------------|--|
| 特   定   疾   病   名 |  |
|-------------------|--|

申請書（表面）における「申請者・提出代行者」が  
主治医意見書等書類一式の受け取りを希望する場合

レ点を記入してください。→

## 市役所記入欄（これより先は記入不要です）

### ①主治医意見書 受渡 ・ 発送

| 日 付   | ／ | 相 手 方 |  |
|-------|---|-------|--|
| 備 考 欄 |   |       |  |
|       |   |       |  |
|       |   |       |  |
|       |   |       |  |
|       |   |       |  |
|       |   |       |  |

※意見書の提出遅れ等を確認した場合は、備考欄に記入してください。

### ②認定調査

| 依 頼 日 | ／                                                               |       |  |
|-------|-----------------------------------------------------------------|-------|--|
| 依 頼 先 | <input type="checkbox"/> 高齢福祉課 <input type="checkbox"/> 調査委託（ ） |       |  |
| 調 査 日 | ／                                                               | 調 査 員 |  |
| 備 考 欄 |                                                                 |       |  |
|       |                                                                 |       |  |
|       |                                                                 |       |  |
|       |                                                                 |       |  |
|       |                                                                 |       |  |
|       |                                                                 |       |  |

※認定調査の延期等を確認した場合は、備考欄に記入してください。