様式第５号（第８条関係）　 （支援→介護の変更用）

|  |
| --- |
| 申請受付番号 |
|  |

**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。

|  |  |
| --- | --- |
| 申請年月日 | 年　　　月　　　日 |
| |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 申請者・提出代行者 | 申請者氏名  又　は  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　指定介護療養型医療施設 | ６　家族（続柄：　　　　　　　） | |  | | | | 申請者  （提出代行者）  住　　　所 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 被保険者 | 介護保険  被保険者番号 | | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | 個人番号 | | | |  |  | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  | | 医療保険 | 保険者名 | □岐阜県後期高齢者医療広域連合  □その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者証 | 記号 | | | | |  | | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | | | | 枝番 | | |  | | | | | | | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | 氏　　名 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | | （住民票の）  住　　所 | | | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 前回の認定結果  （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・  医療機関等入院入所の有無 | | | 有　・　無 | | 施設名 | | | | |  | | | | | | | | | | 期間 | | | | 年　月　日～　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 主治医 | 氏　名 |  | 医療機関名 |  | | 所在地 | 〒　　　－　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　）　　－ | | |     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 |  | | | |

レ点を記入してください。→

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

**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 | □高齢福祉課　　　　　　　□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。