介護保険　要介護・要支援認定申請書

もとす広域連合長　　様
次のとおり申請します。

申請年月日　　年　　月　　日

※この申請は第三者行為（交通事故等）が一因ですか？（どちらか一方に〇）

はい・いいえ　　事故発生日　　年　　月　　日

※該当するものにチェック☑を付けてください。

□新規　□新規（要支援状態から要介護状態への区分変更）　□更新　□区分変更　□転入継続（転出元市町村名（　　）

※転出元自治体において認定申請中ですか（　はい　・　いいえ　）　　※「はい」の場合、申請日　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号			
	医療保険	□　医療保険証　別添のとおり　※添付の場合は保険者名～番号枝番までの記載は不要です					
		保険者名	□瑞穂市　□本巣市　□北方町（市町国保加入の方） □岐阜県後期高齢者医療　□その他（　　）	保険者番号			
		被保険者証	記号	※保険証にない場合は不要	番号		枝番	※保険証にない場合は不要
	フリガナ			生年月日	年　月　日		
	氏名			性別	男・女		
	住所	〒　　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　　要支援状態区分　１　２					
		有効期間　　年　月　日　～　　年　月　日					
	変更申請の理由	※申請区分のチェック☑が「新規（要支援状態から要介護状態への区分変更）」「区分変更」の場合のみ記入					
	過去６ヶ月間の介護保険施設、医療機関等入院・入所の有無	有・無	介護保険施設の名称 電話番号（　　－　　－　　）	期間　年　月　日　～　年　月　日			
			医療機関等の名称等 電話番号（　　－　　－　　）	期間　年　月　日　～　年　月　日			

主治医	主治医の氏名		医療機関名	（　　科）
	所在地	〒　　電話番号（　　－　　－　　）		
今回の申請で、被保険者の窓口となる方の連絡先及び留意事項	連絡先住所　〒 連絡先氏名　　（続柄　　）電話番号（　　－　　－　　） ［留意事項］			

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　※医療保険証の写しを必ず添付してください

特定疾病名	

※本人及びご家族の方が提出される場合、提出代行者の欄は記入不要です。

提出代行者	名称	該当する所に〇（地域包括支援センター・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・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院）
	住所	〒　　電話番号（　　－　　－　　）

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、もとす広域連合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。

本人氏名