【飯田市様式５－１】

介護保険　要介護認定・要支援認定／要介護更新認定・要支援更新認定　申請書

該当するものに☑をしください。

☐新規　☐更新　☐要支援からの新規申請　☐変更　☐転入

（申請先）飯田市長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　月　日

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0		個人番号	
	医療保険 保険者名			保険者番号	
	医療保険 被保険者証	記号		番号	枝番
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　年　月　日　（　）歳
	氏　名			性別	男・女
	住　所	〒　－ **飯田市** **電話番号**　－			
	前回の要介護認定の結果等	※現在の要介護度	要支援（　） 要介護（　）	有効期間	年　月　日から　年　月　日
		※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。 （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。） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日　年　月　日		
	過去6月間の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無（○を）	有	入院・入所施設名	入院・入所の期間　～	
			所在地	現在も入院・入所中	
		無			

申請者（提出代行者）	氏名（名称）	該当に○（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・介護医療院） 担当者名（　）
	住所	〒　－ 電話番号　－

主治医	氏　名	診療科（　科）	医療機関名	直近の受診日：　月　日 次回受診予定日：　月　日
	所在地	〒 電話番号		

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入　　※　医療保険証を必ず持参してください。

特定疾病名	

○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（以下「調査内容等」という。）を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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

○調査内容等を主治医意見書に記載した医師又は調査認定に従事した調査員に提示すること及びこのことに対する同意を飯田市情報公開条例第14条2項に規定する「公開決定に反対する意思がない」という意見書を提出したものと見なすことに同意します。

○有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、延期通知を省略することに同意します。

※注１　被保険者氏名欄に必ず署名してください。

※注２【介護保険証を必ず添付してください。】

被保険者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（裏面もご記入ください）