

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

記入例

該当するものに☑をください。

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

次のとおり申請します。

申請年月日

令和6年 3月 1日

介護保険 被保険者番号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
医療 保険	保険者名	後期高齢者										保険者番号	39202056										
	被保険者証	記号											番号	12345678					枝番				
フリガナ		カイゴ タロウ										生年月日	明・大・昭 (88) 歳 10 年 4月 5日										
氏名		介護 太郎										性別	男・女										
被 保 険 者	住所	〒 395- 8501 飯田市 大久保町2534										電話番号 0265 - 22 - 4511											
	前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入										要 介 護 2 有 効 期 間	令和4年5月1日 から 令和6年4月30日										
過去の要介護 認定の結果等		※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」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ											
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 ●●病院 所在地										入院・入所の期間 令和5年12/10～令和6年1/10 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(内科) 長寿 花子	医療機関名	直近の受診日: 令和6年2月20日 ●●病院
	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	※第二号被保険者の方のみ記載
-------	----------------

裏面あり

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、居宅サービス事業所に提示することに同意します。

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 介護 太郎

(裏面もご記入ください)