介 護 保 険 認 定 申 請 書

□新規　□更新　□変更(要介護からの区分変更)　□介護(要支援からの区分変更)

課 長	課長補佐	係 長	係 員	受 付

五所川原市長　様

□ 被保険者証添付なし

次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		申請年月日	年　月　日	
	氏　名		生年月日		
			性　別		
	住　所	〒　電話番号			
	*前回の要介護認定等の結果	介護度：　要支援　1 ・ 2　要介護　1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5　総合事業対象者 有効期間：　から			
	*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。　はい ・いいえ (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) 「はい」の場合、申請日　年　月　日			
	申請日現在の入院・入所（有・無） ※有の場合右記を記入	施設名			
		所在地			

主　治　医 (40歳から64歳までの方は特定疾病診療医)	主治医の氏名		医療機関名	
	所　在　地 □ 入院・入所施設と同じ	〒　電話番号		
	最終診療日	年　月　日頃	次回診療予定日	年　月　日頃

医療保険者名		保険者番号			
被保険者証	記号		番号		枝番

※第２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）は特定疾病名を記入し、医療保険被保険者証の写しを添付してください。

特定疾病名	※該当するものに○をつけてください。→　１．筋萎縮性側索硬化症　２．後縦靭帯骨化症　３．骨折を伴う骨粗鬆症 ４．多系統萎縮症　５．初老期における認知症　６．脊髄小脳変形症　７．脊柱管狭窄症　８．早老症 ９．糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症　１０．脳血管障害　１１．パーキンソン病関連疾患 １２．閉塞性動脈硬化症　１３．関節リウマチ　１４．慢性閉塞性肺疾患 １５．両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症　１６．がん末期

同 意 書

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、主治医意見書、五所川原市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、五所川原市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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から３０日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

認定調査実施にあたり、事前情報として調査従事者に本申請書の写しを提供することに同意します。

本人氏名　　印　　代筆者氏名　　印　続柄

(本人自署の場合は押印不要)　(署名又は記名押印、自署の場合は押印不要)

申請者・提出代行者	※該当するものに、○をつけてください。→　１．被保険者の家族（続柄　） ２．居宅介護支援事業所　３．介護老人福祉施設　４．介護老人保健施設 ５．地域包括支援センター　６．介護医療院　７．地域密着型サービス　８．その他（　）	
	住　所 □ 被保険者住所と同じ	〒　電話番号
	氏　名 又は 名　称	印　※申請者のうち上記1または8に該当する方は押印が必要です。

申請事由	調査立会いを希望　しない ・　する（立会い者：　）	保険者受付欄	

金木支所扱・市浦支所扱