（平成28年1月改正）

様式第５号（第８条関係）

連番

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

（宛先）各務原市長　次のとおり申請します。

延期通知	まで	調査	
		意見書	

新規・更新・変更・転入

この申請は、第三者行為（交通事故等）が原因ですか。

はい・いいえ　事故発生日（はいの場合）　年　月　日

被保険者	被保険者番号	申請日	平成　年　月　日
	個人番号		
	フリガナ	生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）
	氏　名	性　別	男・女
	住　所	〒　－　電話番号（　）　－	
	現在の要介護認定の結果等（更新・変更申請時のみ記入）	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　日から　年　月　日まで	
	状態変化の様子（変更時のみ記入）		

主治医	医療機関	主治医の氏名	
	所在地	〒　－　電話番号（　）　－	
	受　診	最終受診日　年　月　日　通院 退院予定日　年　月　日　入院中	

申請者名		本人との関係	
申請者住　所	□被保険者住所と同じ　電話番号（　）　－ 〒　－		
提　出代行者名称及び住所	該当に○をつけてください。（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・小規模多機能型居宅介護施設・その他（　）） 〒　－　電話番号（　）　－ 印　担当者名		

私は、介護（予防）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（要支援）認定申請に係る調査内容、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、各務原市が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、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する調査員に情報提供することに同意します。

（更新申請の場合のみ）

私は、認定が申請から３０日以内にされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することを承諾します。

※被保険者本人が署名してください。困難なときは本人の同意を得た上、家族等が署名してください。

本人署名		代筆者署名	

以下は、２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入し、申請時に医療保険証の写しを添付してください。

特定疾病名		受付日・受付者	資格者証の受取者名
番号確認	□個人番号カード　□通知カード　□住民票 □その他（　）□未記入	身元確認	1点□個人番号カード　□運転免許証　□その他（　） 2点□保険証（介・医）□その他（　）
メモ			

裏面もあります