

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書 〔要介護更新認定・要支援更新認定〕

(あて先) 高山市長 次のとおり申請します。

申請年月日

年 月 日

申請代理人氏名
(被保険者本人の場合記載不要)

本人との関係

提出代行者名称

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・指定介護療養型医療施設・介護医療院〕

申請代理人住所

電話番号

〔被保険者本人の場合
記載不要〕

介護保険
被保険者番号

個人番号

医療
保険

保険者名

岐阜県後期高齢者医療広域連合

その他 ()

保険者番号

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

本人氏名

性別

男 ・ 女

住所

電話番号

前回の認定
結果

有効期間 年 月 日から 年 月 日まで

要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2

※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(申請日 年 月 日)・いいえ

申請時の介護保険施設
医療機関等入院・入所

所在地
名称

入院・入所期間

年 月 日 ~ 年 月 日

主治
医

医療機関名

主治医の氏名

所在地

電話番号

第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

特定疾病名 ※疾病名は裏面参照

同意
欄

居宅サービス計画、施設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高山市からその計画を作成する事業者の関係人、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。

被保険者氏名

代筆者氏名(被保険者本人が記入できない場合のみ記入下さい)

認定結果送付先

〒 — 電話番号 — —

(住所)

(氏名)

〔被保険者住所と異なる
場合のみご記入下さい〕

備考

認定調査立会希望 立会者氏名
有・無 日中の連絡先

【被保険者証提出 】

【記録】

サービス利用状況			
デイ	週	回	曜日
ショート	月	回	月 日 ~ 月 日 ・ 月 日 ~ 月 日
その他			

申請理由（新規・要支援から変更の場合、被保険者の状態を確認）

歩行：

排泄：

食事：

認知：

その他日頃の状況（入院の場合は入院理由、新規の場合は希望するサービス等も記入）

【特定疾病】第2号被保険者の方が申請できる病名

- | | |
|---|------------------------------|
| ① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る） | ⑧ 脊髄小脳変性症 |
| ② 関節リウマチ | ⑨ 脊柱管狭窄症 |
| ③ 筋萎縮性側索硬化症 | ⑩ 早老症 |
| ④ 後縦靭帯骨化症 | ⑪ 多系統萎縮症 |
| ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 | ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 |
| ⑥ 初老期における認知症 | ⑬ 脳血管疾患 |
| ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 | ⑭ 閉塞性動脈硬化症 |
| | ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 |
| | ⑯ 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 |