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

飯山市長　あて

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療保険 保険者名		保険者番号		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号		番号	枝番
	フリガナ		生年月日	年　月　日	
	氏名		性別		
	住所	電話番号			
	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	要支援１・２　　要介護１・２・３・４・５		
			有効期限　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		
	過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地		期間　～	
		介護保険施設等の名称等・所在地		期間　～	
		医療機関等の名称等・所在地		期間　～	
		医療機関等の名称等・所在地		期間　～	

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・介護医療院）
	住所	〒 電話番号

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	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

特定疾病名	

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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、飯山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、飯山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。

本人氏名

訪問調査に関する問い合わせ先（訪問調査に伺う際に事前に電話連絡するため必要になります）

<table>
<tr><td>連絡人氏名</td><td></td><td colspan="2">被保険者との関係</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">連　絡　先</td><td rowspan="3">〒</td><td rowspan="3">電話</td><td>自　　宅</td><td></td></tr>
<tr><td>勤　務　先</td><td></td></tr>
<tr><td>携 帯 電 話</td><td></td></tr>
<tr><td>備　　考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

申請理由（新規申請をする場合は、申請の理由を記入してください）

２号被保険者については、下記の「老化による16種類の特定疾病」に該当する場合に、介護保険の対象となります。

- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 多系統萎縮症
- 初老期における認知症
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- パーキンソン病関連疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 関節リウマチ
- 慢性閉塞性肺疾患
- 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
- がん末期

飯山市処理欄

受　　理　　日	受　付　者	被保険者証回収	資格者証発行	申 請 入 力