

介護保険 $\left(\begin{array}{l} \text{要介護認定・要支援認定} \\ \text{要介護更新認定・要支援更新認定} \\ \text{認定区分変更・要支援状態区分変更} \end{array} \right)$ 申請書

飯山市長 あて

介護保険法の規定による要介護（要支援）の認定を受けたいので、申請します。 申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号				個人番号											
	医療 保 険	保険者名				保険者番号										
		被保険者証		記号		番号				枝番						
	フリガナ				生年月日				年月日							
	氏名				性別				男・女							
	住所				〒 電話番号											
	前回の要介護認定の結果等				要介護状態区分 1・2・3・4・5				申請歴なし							
					要支援状態区分 1・2				有効期間 年月日～ 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 年月日									
	介護保険施設 または医療機 関への入所・ 入院の有無 ※過去6ヶ月 間	有		入所・入院施設名 所在地 〒 入所・入院の期間 年月日～ 年月日												
無																

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）											
申請者住所	〒 電話番号											

主治医	主治医氏名				医療機関名			
	所在地				〒 電話番号			

第2号被保険者（40～64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名												
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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・及び主治医意見書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又は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した調査員に提示することに同意します。

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）

連絡人氏名		被保険者との関係		
連絡先	〒	電 話	自 宅	
			勤 務 先	
			携 帯 電 話	
備 考				

申請理由（認定区分変更・要支援状態区分変更申請をする場合は、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種類の特定期病」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