

# 介護保険 申請書

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定  
要介護状態区分・要支援状態区分変更

岐阜県山県市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	被保険者番号				個人番号												
	医 療 保 険	保険者名				保険者番号											
		被保険者記号・番号		記号		番号						枝番					
	フリガナ																
	氏名				生年月日				大・昭 年 月 日								
	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								
			※14日以内に転出元自治体(市町村)名 [ ] 他自治体から転入した者のみ記入 (既に認定結果通知書を受け取っている場合には「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														
過去6箇月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～				年 月 日							
		介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日～				年 月 日							
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～				年 月 日							
		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～				年 月 日							
有・無		医療機関等の名称等・所在地															

申請者				被保険者との関係			
申請者住所				〒 電話番号 ( )			
提出代行者 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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)							
主治医		主治医の氏名				医療機関名	
		所在地		〒		電話番号	

第2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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、山県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、山県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、介護予防・日常生活支援総合事業者、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。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名: \_\_\_\_\_ 本人との続柄 \_\_\_\_\_

住所: \_\_\_\_\_

※ 本人氏名を代筆した場合は、  
右記に記載して下さい。 代筆理由: \_\_\_\_\_

# 委任状

山県市長 様

年 月 日

委任者	住所	山県市		
	氏名	㊟ (自署の場合は押印を省略できます)		
	生年月日	大正・昭和・平成 年 月 日	電話	

私は次の者を代理人と定め、下記の権限を委任します。

代理人	住所			
	氏名		続柄	
	生年月日	昭和 平成 年 月 日	電話	

- ※ 代理人は本人確認（運転免許証・マイナンバーカード等）ができるものをご持参ください。  
※ 委任状を用意することが難しい場合、委任者の介護保険証の写しに代えることができます。  
(要介護5の方が介護区分変更申請する場合は、介護保険証の原本を窓口で提示してください)

委任事項 ( 該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> もしくは追加記入してください。 )	
<input type="checkbox"/> 送付先設定に関すること。	
【認定】	
<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険 要介護（要支援）認定申請（新規・更新・変更）	
【資格】	
<input type="checkbox"/> 介護保険 被保険者証等再交付申請	
<input type="checkbox"/> 介護保険 住所地特例適用・変更・終了届	
<input type="checkbox"/> 介護保険 適用除外施設入所・退所届	
【給付】	
<input type="checkbox"/> 介護保険 居宅介護（介護予防）福祉用具購入費支給申請	
<input type="checkbox"/> 介護保険 居宅介護（介護予防）住宅改修費支給申請	
<input type="checkbox"/> 介護保険 負担限度額認定申請	
<input type="checkbox"/> 介護保険 高額介護（介護予防）サービス費支給申請	
<input type="checkbox"/> その他 ( )	

代理人本人の確認欄	受付担当者
1点：運転免許証・マイナンバーカード・障害者手帳・パスポート・在留カード	
2点：介護保険証・年金手帳・福祉医療費受給者証・学生証	