

**介護保険**

- 要支援認定(介→支)       要介護認定(支→介)  
 要支援変更認定(支2→支1)       要介護変更認定(介→介)

**申請書**

別記第5号様式  
(第4条第1項、  
第5条第1項関係)

(あて先) 函館市長  
次のとおり申請します。

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 軽度	申請年月日	年	月	日
	<input type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	電話 ( ) -			
		住所	本人との関係 ( )			
<input type="checkbox"/> 提出代行	該当に○ (指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター) 事業所名・住所等					

変更の理由	
-------	--

認定を受ける人(被保険者)の状況	被保険者番号	0 0 0	個人番号		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	
	氏名		性別	男・女	
	住所	函館市 町 丁目 番 号 方 〒 - 電話 -			
	(※現在、上記住所以外に入所・入院・滞在している場合)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設)	施設・病院等の名称 (病棟等)	( 階 棟)	
		② <input type="checkbox"/> 医療機関へ入院している ③ <input type="checkbox"/> その他(上記以外の施設、家族宅等)	左記の住所および 電話番号	( ) -	
		年 月 日から(入所・入院・滞在中) 今後、 月 日頃自宅に戻る予定			
前回の要介護認定の結果等	認定結果	非該当 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5)			
	有効期間	年 月 日から 年 月 日まで			
主治医	医師名	医療機関名			
(意見書の記載を依頼する医師)	所在地	電話 ( ) -			

●調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください。

連絡先	氏名	(認定を受ける人との関係)	調査時の立ち会い
	住所	電話 -	希望する・希望しない

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください。(特に希望がない場合は、自宅へ送付します。)

送付先	<input type="checkbox"/> 自宅へ <input checked="" type="checkbox"/> 調査時等の連絡先へ
	<input type="checkbox"/> その他(住所:〒 宛名 様方へ送付)

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください。

医療保険者名	医療保険被保険者記号番号
該当する特定疾病病名	

次の項目について、同意いただける場合は□にチェックをお願いします。

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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、函館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、函館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

同意する

受付印

以下は記入の必要はありません

※事務処理欄	受付	到着日	調査依頼	電算・意見書依頼	システム	2号資格
	<input type="checkbox"/> 資格者証	郵便・電子		在		
	<input type="checkbox"/> 医療保険			施		