第6号様式の2（第7条の2、第14条の2関係）

受付印

介護保険要介護・要支援認定　更新　申請書

大　垣　市　長　様

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	
		被保険者記号・番号	記　号	番　号	
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名			性　別	男　・　女
	住　所	〒 電話番号（　　）　―			
	前回の認定結果	要介護状態区分	要介護　1　2　3　4　5　要支援　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。　（はい　・　いいえ） （すでに認定結果通知を受取っている場合は「いいえ」を選択してください。） 「はい」の場合、申請日　年　月　日			
	現在の状況	□在宅　□介護保険施設　□医療機関　□その他 （名　称：　　） （所在地：　　） 電話番号（　　）　―			

主治医（現在かかりつけの医師）	この認定申請されたことを主治医にお伝えください			
	医療機関名		主治医氏名	
	所在地	〒 電話番号（　　）　―		

＊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	

＊事業所等が提出代行する場合のみ記入

提出代行者	名　称	□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
	所在地	〒 電話番号（　　）　―

個人情報目的外利用・外部提供　同意書

○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、大垣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、大垣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。）ことに同意します。

○申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

○国民健康保険、後期高齢者医療保険その他の医療保険制度の医療保険情報（被保険者記号・番号等）を公簿等（個人番号を利用した情報連携を含む。）により確認することに同意します。

※本人が署名困難な場合、ご家族等が代筆者として記入してください。その場合、**本人と代筆者両方の署名をお願いします**。

本人署名

※本人確認欄　本・代・事・他（　　）

代筆者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿