R6.12.2～

介護保険　　 　　要 介 護 認 定・要 支 援 認 定　　　　　申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

苓北町長　様

次のとおり申請します。

申請年月日　　令和　　　　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 | 記号 | | |  | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | | 枝番 | | | | |  | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明・大・昭　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　　名 | |  | | | | | | | | | | | | 年齢 | | | 歳 | | | | 性別 | | | | 男　・　女 | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　　　―　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　　－  行政区（　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等 | | 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　　　　　「はい」の場合、申請日　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の  施設・医療機  関等入院・入  所の有無 | | 施設の名称等 | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 施設の名称等 | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関の名称等  （　　　　　階） | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | | 医療機関の名称等  （　　　　　階） | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者　・提出代行者 | 氏名  又は名称 | | （該当に○）　本人　・　家族（続柄　　　　　　　　　　）  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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　　-　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号（　　　　　）　　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医 | フリガナ |  | 医療機関名 |  |
| 主治医の氏名 |  |
| 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 |  |

被保険者以外への送付を希望する場合は下記へご記入ください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 送　付　先 | 送付先氏名 |  | 続柄 |  |
| 送付先住所 | 〒　　　　- | | |

**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**

受　　　付

**支援認定に係る調査内容、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苓北町から地**

**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若しく**

**は介護保険施設の関係人に提示すること、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**

**査員から求めがあった場合には、介護認定審査会による判定結果を提示することに同意します。**

**本人氏名**