様式第5号（第7条関係）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

二戸地区広域行政事務組合管理者　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　□新規　　　□更新　　　□転入

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 |  | | | 申請年月日 | | | | 年　　　月　　　日 | | | |
| 個人番号 |  | | | 生年月日 | | | | 明・大・昭　　　年　 　月 　　日 | | | |
| フリガナ |  | | | 性別 | | | | 男　　・　　女 | | | |
| 氏名 |  | | |
| 住所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定結果等  ＊要介護・要支援更新  　認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分　　　要介護　　１ ・ ２ ・ ３ ・ ４ ・ ５  　　　　　　　　　　要支援　　１ ・ ２ | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日　　　から | | | | | | | | | |
| 平成　　　　　年　　　　　月　　　　　日 | | | | | | | | | |
| 過去６月間の医療機関入院・施設入所の有無  　　有　　　無 | 医療機関・入所施設等の名称等 | | | | 期間 | | 平成　　年　月　日　～　年　月　日 | | | | |
| 医療機関・入所施設等の名称等 | | | | 期間 | | 平成　　年　月　日　～　年　月　日 | | | | |
| 医療機関・入所施設等の名称等 | | | | 期間 | | 平成　　年　月　日　～　年　月　日 | | | | |
| 申　請　理　由 |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 申　請　者　氏　名 | |  | | | | 本人との関係 | | | | |  | |
| 申　請　者　住　所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | |
| 提出代行者 | 名称 | 該当するものに○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設  地域密着型介護老人福祉施設）  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | |
| 家族等連絡先 | | 氏名 | | | | 本人との関係 | | | |  | | |
| 住所　〒  電話番号 | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 主　　治　　医 | | 主治医の氏名 | |  | | | 医療機関名 | | | | |  |
| 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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証  記号番号 |  |
| 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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を地域包括支援センター、介護予防支援事業者、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、地域密着型サービス関係人、主治医意見書を記載した医師または主治医及び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　　　　　　　　　　　　　　　　　　印　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄：