様式第５号（第１８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**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 訓子府町長様  　次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | | 令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 被  　保  　険  　者 | 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 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者証 | | | | | 記号 | | |  | | | | | | | | | | 番号 | | | |  | | | | | | | | | 枝番 | | |  | | | |
| フリガナ | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明・大・昭・平　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男　　・　　女 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期限　　　　　　年　　月　　日　から　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| １４日以内に他市町村から転入した場合 | | | | | | 転出元市町村名（　　　　　　　　　）  転出元での要介護・要支援申請状況  　　　　　　　　　　　　　　未申請・申請中（申請日　　年　　月　　日）・認定済 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の介護保険施設・医療機関等の入院入所の有無（短期入所を除く） | | | | | | 介護保険施設または医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　　　　年　　　月　　　日～  　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設または医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　　　　年　　　月　　　日～  　　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 申請者 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | 被保険者との関係 | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| 提出代行者名　　　称 | | | | 該当に○（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・指定介護療養型医療施設） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※通知文書等を被保険者とは別の場所に送付したいときは記載してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送付先宛名 | | | | | （続柄等：　　　） | | | | | | | | | | | | | 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訓子府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若しくは介護保険施設の関係人、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に提示することに同意します。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　本人氏名

（「本人氏名」欄を代筆した場合）　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　（続柄）