介 護 保 険　 　要介護認定・要支援認定　　　　　　　　申　請　書

　　　　　　　　　　　　【 新規 ・ 更新 ・ 区分変更 】

栃木県下野市長

坂村　哲也　様 該当するものに☑をしてください 　　　　　申請年月日

次のとおり申請します。 □新規　□更新　□要支援からの新規申請　□転入　□区分変更 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 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者番号 | | 記号 | | | | |  | | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | | | | 枝番 | | | |  | | | |
| フリガナ | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | (　　　歳) | | | | | | | | | | | | |
| 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・区分変更の場合のみ記入 | | | | 要介護状態 | | | | | | | | 要支援　１　・　２　　　　　要介護　１　・　２　・　３　・　４　・　５ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間 | | | | | | | | 令和　　　年　　　月　　　日　　～　　令和　　　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［　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　］  現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。  (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)  はい・いいえ  「はい」の場合、申請日　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６か月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無（○を） | | | | 入院・入所施設名　　□現在も入院・入所中　　□現在は在宅 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 入院・入所の期間 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | | | | 所 在 地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （提出代行者）  　　申　　請　　者 | | 氏名  ）  （  名称 | | 該当に〇（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・介護医療院）個人の方はフリガナを | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住所  〒 | | □被保険者と同じ  電話番号  担当者名（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 治 医 | | | | 氏名 | | | 診療科（　　　　　　　科） | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | | 直近の受診日： | | | | | | | | | | 月 | | | 日 | |
| 所 在 地 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入　　※医療保険証の写しを添付

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

　介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、下野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。

　また、更新申請について、有効期間内に要介護認定を行うことができる場合、延期通知の省略に同意します。

本人氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　家族氏名(代筆の場合)：　　　　　　　 　　　（続柄：　　　）

※家族の方が記入する場合、本人と家族の氏名を両方ご記入ください。

