介護保険要介護認定・要支援認定申請書

町受付印欄

（　新規　・　更新　・　区分変更　）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 熊本県上益城広域連合長　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| （住所地の町経由）次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | 申請日 | | | 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  記号・番号 | 記号 | | |  | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | | 枝番 | | |  | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 明治・大正・昭和　　　 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、転出元自治体に認定申請中ですか。  （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　→申請日　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | いいえ | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無  有　・　無 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間  年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | 期間  年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏　名  （担当者） |  | 被保険者  との関係 |  |
| 住　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |
| 提出代行事業者名 | 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、介護医療院） | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 主治医氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 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

|  |  |
| --- | --- |
| 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、申請書を提出した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。

（更新申請の場合のみ）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、認定延期通知を省略することに同意します。

**本人署名　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　本人との関係**

　　　　　　　　　　　　　　　　　　※本人署名を代筆した場合は、上記に記入してください。