# 介護保険　要介護(要支援)認定・要介護(要支援)認定更新　申請書

**津山市長様**

次のとおり申請します。

| 申請年月日 | 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 | | | |
| | | 被保険者証 | 記号 | 番号 | 枝番 | | |
| | フリガナ | | | 生年月日 | 明・大・昭　年　月　日 | | |
| | 氏　名 | | | 性　別 | 男　・　女 | | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態等区分 | 要支援１　要支援２　要介護１　要介護２　要介護３　要介護４　要介護５ | | | | |
| | | 有　効　期　間　　年　月　日　～　　年　月　日 | | | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 現在の居住地 | □　住所地 | |
| | □　住所地以外　　ア．介護保険施設　　イ．医療病院　　ウ．その他（　　） | |
| | 住　所 | |
| | 氏名・施設名等 | |
| | 電　話　番　号 | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 提出代行者 | 名　称<br>又は<br>氏　名 | 該当に○（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設） | 続柄 | |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 | | |

注：家族・代理人等が代理申請する場合も、この欄に記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | 最終診察月 |
| | 所　在　地 | 〒<br>電話番号 | | 年<br>月 |

注：主治医が入院先の担当医の場合は、最終診察月は申請月を記入してください。

第２号被保険者（４０歳から６４歳までの医療保険加入者）のみ記入（注：申請時に医療保険証を提示してください。）

| | |
|---|---|
| 特定疾病名 | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 労災給付等受給の有無 | □無 | □有 | （給付名：　　）（受給金額：　　円／月） |

□　被保険者証を紛失したので届け出ます。

**同意欄**　**市福祉担当部、地域包括支援センター、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に要介護・要支援認定結果を提示することに同意します。**

**同意署名**

（被保険者氏名）＿＿＿＿＿＿＿＿　（代筆者）＿＿＿＿＿＿＿＿

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 訪問調査時の立会希望 | □無 | □有 | （フリガナ）<br>立会者氏名 | 続柄 | 電話番号 |

注：電話は平日の昼間に連絡のつく番号を記入してください。

訪問調査の日時を決めるにあたって、定期的な外出の予定やサービスの利用状況等について記入してください。
また、調査員への連絡事項があれば記入してください。
（記入例：毎週月曜日デイサービス、毎週金曜日ヘルパー訪問、○月×日～△日ショートステイ、○月□日病院受診）

| 市記入欄 | 受付 | 入力 | 資格者証交付 |
|---|---|---|---|
| | | | |