様式第6号(第18条関係)

|  |  |
| --- | --- |
| 介護保険　要介護認定・要支援認定申請書  　該当に○をつけて下さい。⇒《　新規　・　更新　・　区分変更　・　転入継続　》  　　四国中央市長　　　　様  　次のとおり申請します。 | 受付印 |

|  |  |
| --- | --- |
| 提出代行者名称 | 該当に○《地域包括支援センター・指定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・介護医療院》 |
| 所在地 | 〒  電話番号：　　　(　　　) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者(介護認定を受ける方) | 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 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | |
| 生年月日 | | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | | 〒  電話番号：　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 | | | | 該当に○をして、具体的にご記入ください。  心身の状況の変化(悪化・改善)　【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護認定の結果等 | | | | | | 要介護・要支援　更新認定申請の　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　　　～　　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※14日以内に　　他自治体から転入した者のみ記入 | | | | | | | | 転入元自治体（市町村）名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  現在、転入元自治体に要介護・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問調査先  (現在いる場所)  ※自宅の場合は記入不要です | | | | | | 該当に○《自宅・施設・病院・上記住所以外》  名称：  住所：  　　　　　　電話番号：　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 退所退院予定 | | 該当に○《ある・ない》  ※　月　日頃退所・退院 | | | | | | | | | | | | |
| 主治医 | | フリガナ | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | 医療機関名 | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 主治医氏名 | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | 〒  電話番号：　　　(　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 第2号被保険者(40歳から64歳の方)は必ずご記入下さい。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 特定疾病名 | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 連絡先等  調査に関する | フリガナ | | |  | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | | 家族(続柄：　　　)・知人・その他(　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | | |  | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | | | ※昼間の連絡先をお願いいたします。  　　　(　　　)　　　　　　自宅・勤務先・携帯電話・その他(　　　　　　) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定調査に同席されますか？ | | | | | | | | | | | | する・しない　(いずれかに○をつけて下さい。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 備考 |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 同意欄 | 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四国中央市から地域包括支援セン  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に提示することに同意します。 | 本人氏名 |
| 代筆者氏名　(本人との関係：　　　　　　) |

☆ここから下は記入しないでください。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 市記入欄 | 被保険者証受領 | 資格者証交付 | 申請入力 | 調査依頼 | 訪問調査 | 主治医意見書 | 記事連絡 |
| 済・後日・紛失 |  |  | ／ | ／  調査済 |  |  |
| 認定調査依頼先 |  | | | | |