**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 男鹿市長様  　　　　　　次のとおり申請します。 | |  | |
| 申請年月日 | 年 月 日 |
| 申請者氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 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、介護医療院） | | |
| 申請者住所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | |

※申請者が被保険者本人の場合、被保険者住所・電話番号は記載不要

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被  保  険  者 | 介護保険  被保険者番号 | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | | 個人番号 | |  |  |  |  |  | |  |  | |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 医療保険 |  | | | | | | | | | | | | 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 | | 〒  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 １ ２ ３ ４ ５ 　　／　　要支援　１ ２ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間／　　　　　年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入 | | | | | | | 前住所の自治体（市区町村）名［　　　　　　　　　　市・区・町・村 ］  前住所の自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。  □はい　（認定結果通知を受け取っていない場合）  申請日　　　　　　年　　　月　　　日  □いいえ（既に認定結果通知を受け取っている場合） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設の利用の有無(施設入所している場合に記入) | | 施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

医療機関について

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 主治医氏名 |  | 医療機関名 | （　　　　　　科） |
| 所　在　地 | 〒  電話番号 | | |
| □入院中　　　　いつから　　　　　　月　　　　日　　（退院予定　　　　月　　　　日）  　　□通院中　　　　前回受診日／　　月　　日　　　次回受診日／　　月　　日 | | | | |

＊２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）の方のみ、ご記入下さい

|  |  |
| --- | --- |
| 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男鹿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。

本人氏名　（　　　　　　　　　　　　　　）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　（　　　　　　　　　　　　　　）

（裏面）

**要介護（要支援）認定　被保険者情報**

**氏　名（　　　　　　　　　　　　　　）　被保険者番号（　　　　　　　　　　）**

**1.　心身の状況**

|  |
| --- |
|  |

**2.　調査時連絡先**

調査時立会者氏名（続柄）：　　　　　　　　　　　 （ ）

電話番号：

携帯電話：

調査希望日時：

＊日時については、ご希望に添えない場合があります。

**3.　介護保険サービスの利用について**

　　　□今すぐサービスを利用したい　　　□退院したらサービスを利用したい

　　　□現在サービスを利用中である　　　□現時点ではサービス利用の希望はない

　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

**4.　その他**

|  |
| --- |
|  |