　要介護認定・要支援認定

該当する申請区分に丸を付けてください

記入例

介護保険　要介護更新認定・要支援更新認定　申請書

　要介護認定・要支援認定区分変更

加入する医療保険を記入してください

熊本県球磨郡あさぎり町長　様

代行申請の場合は代行者の氏名・住所・被保険者との関係を記入してください

▲▲

■■

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 申請年月日  987654321098 | | | | | | |  | | 令和 | | |  | | | | 年 | | | |  | | | 月 | |  | | | | | 日 | | | |
| 被　　保　　険　　者 | 被保険者番号 | |  | ００００１２３４５６ | 全国健康保険協会熊本支部 | | |  |  |  | |  |  | |  | |  | | 個人番号 | | | | | | |  |  | | |  | |  | | 432310  ●● | | |  | |  | |  | |  | | | |  | | |  | |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | | | | | | | | | | | | | | | | 保険者番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者  記号・番号 | 記号 | | | 12345678 | | | | | | | | 番号 | | | | | １２３４５６ | | | | | | | | | | | | | | 枝番 | | | | | | ０３ | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | | | 明・大・昭 | | | | | | | 23 | | | | | 年 | | 4 | | | | | | 月 | | 〇 | | | | 日 |
| 氏　　名 | | アサギリ　タロウ  朝霧　太郎 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 性　　別 | | | | | | | 男　・　女 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒868-0408  　熊本県球磨郡あさぎり町免田東〇〇〇番地  ０９６６－４５－〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | 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 |  | | 日から | | | | | | 年 | | | | | | |  | | |  | | | 月 | |  | | | | | | | 日 | |
| ※14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入 | | | | 転出元自治体（市町村）名〔　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〕  区分変更申請の場合は、変更申請するに至った  理由を明確に記入してください  現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。  （既に認定結果通知書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　　平成　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の理由 | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の  介護保険施設  医療機関等  入院、入所の  有無 | | 介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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  〇〇病院 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有　・　無 | | 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　年　　月　　日～　　年　　月　　日  代行申請の場合は代行者の氏名・住所・被保険者との関係を記入してください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申　請　者 | 朝霧　花子 |  | 被保険者との関係 | | 妻 | | | | |
| 申請者住所 | 〒868-0408  　熊本県球磨郡あさぎり町免田東〇〇〇番地 | | | 電話番号 | |  | （　　　）  ０９６６－４５－〇〇〇〇 | |  |
| 提出代行者 | 該当に○（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） | | | | | | | | |
|  | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主　治　医 | 主治医の氏名 | 〇〇　〇〇  40歳から64歳の方は特定疾病により介護や支援が必要となったときに申請ができます。該当する疾病名をご記入ください | 医療機関名 | 〇〇病院 | |
| 所　在　地 | 〒 | | | |
|  | | | 電話番号 |

第２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 | 原則、被保険者本人の署名です。心身の状況により自署できない場合は、本人の介護者である親族又はそれに準じる方が代筆してください。本人の介護者である親族等以外の方が代筆する場合でも、本人の意思を確認のうえで代筆してください。 |

　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あさぎり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。

代筆者氏名：　　　　　　　　　　　本人との続柄

住所　　　：

代筆理由　：

本人氏名