様式第5号（第6条、第7条関係）

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 介護保険　要介護・要支援（認定・更新・変更）申請書  　階 上 町 長　宛て　　　　　　　　　　　次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | 申請年月日 | 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 | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 被保険者証 | 記号 | | | |  | | | | | | | | 番号 | | |  | | | | | | 枝番 | | | |  | | | | |
| ﾌﾘｶﾞﾅ | | |  | | | | | | | | | | | | | | 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・要支援更新申請のみ記入 | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 変更申請の理由 | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く) | | | 有 | | 入所施設名 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | 無 | | 一般病院等に入院中の場合は病院名を記入してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | 提出代行者 | 名　称  （氏　名） | 該当に〇（　家族 ・ 地域包括支援センター ・ 居宅介護支援事業所 ・ 介護保険施設　） | | 住　所 | 〒  　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 主 治 医 | | 主治医の氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 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階上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、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。  （更新申請のみ）現在の有効期間内に認定がされるときは、延期通知を省略することに同意します。  **本人氏名** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |