様式第８号（第８条関係）

**介　護　保　険　要　介　護（要支援）認　定　申　請　書**

竹田市長　様　　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |
| --- | --- |
| 申　請　区　分（○印をしてください） | **新　規　・　更　新　・　区分変更　・　転　入** |
| 　　被　　　保　　　険　　　者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ﾌ ﾘ ｶﾞ ﾅ |  | 生年月日 | 年　 　 　月　 　 　日 |
| 氏　　 　名 |  |
| 性　　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　　 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電 話 番 号 |
| 認定結果通知及び被保険者証　　送付先 | 〒　　　　　　　　　　　（上記以外に送付先を指定する場合に住所・宛名を記入してください。）電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等（非該当は除く） | 要介護状態区分　**１　２　３　４　５**　　要支援状態区分　**１　２**事業対象者 | ※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。　　　　　　　　　はい・いいえはいの場合　申請日　　　年　　月　　日 |
| 有効期間　　　年　　　月　　　日　　～　　　　年　　　月　　　日 |
| 施設利用の有無（短期入所は除く）**有　・　無** | 名称等・所在地（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・医療機関・介護医療院その他） |
| 提　出　代　行　者 | 名　　称 | （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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）印 |
| 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）のみ記入してください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険被保険者証記号番号 |  |
| 特定疾病名 | ①がん末期　②関節リウマチ　③筋萎縮性側索硬化症　④後縦靱帯骨化症　⑤骨折を伴う骨粗鬆症　⑥初老期における認知症　⑦パーキンソン病関連疾患　⑧脊髄小脳変性症　⑨脊柱管狭窄症　⑩早老症　⑪多系統萎縮症⑫糖尿病性疾患　⑬脳血管疾患　⑭閉塞性動脈硬化症　⑮慢性閉塞性肺疾患　⑯膝・股関節の変形性疾患 |

居宅介護サービス計画又は居宅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、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会での判定結果、意見及び主治医意見書を竹田市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者及び居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係者、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。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 竹田市記入欄 | 直接調査 | 　 | 申請事業者調査 |

本 人 氏 名