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  （〇印をしてください） | | | **新規　　・　　更新　　・　　区分変更　　・　　転入** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 被　　保　　険 | 被保険者番号 | |  |  |  |  | |  | |  |  | |  |  |  | 個人番号 | | |  |  | |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | | | 生年月日 | | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | | | | 性　　別 | | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒　　　- | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 電話番号 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定結果通知書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・宛先をご記入ください。) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | 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・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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　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。  （既に認定結果数値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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無 | | 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　年　　月　　日～　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称等・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | | | | | | | |
| 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） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 |  | | | | 保険者番号 |  | | |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | | | 枝番 |  |
| 特定疾病名 |  | | | | | | | |

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。

本人氏名