**介護保険　要介護・要支援認定［新規・更新・区分変更］申請書**

朝日町長 様

※申請には介護保険被保険者証(ピンク色)の提出が必要です。

また、医療保険被保険者証の提示が必要です。

次のとおり申請します。

|  |
| --- |
| 申請年月日　　　令和　　　年　　　月　　　日 |
| フリガナ |  | 男・女 | 介護保険被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者氏名(介護が必要な方) |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 生年月日 | 大・昭　　　 年　　　月　　　日 |
| 医療保険 | 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者証 | 記号 | 番号 | 枝番 |
| 住 所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等 | 更新・変更時のみ選択 | 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 |
| 有効期限 令和　　年　　月　　日から　令和　　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。→ はい・いいえ（既に認定結果通知を受けとっている場合は、「いいえ」を選択してください。）「はい」の場合、　申請日　令和　　年　　月　　日 |
| 現在入院・入所している場合 | 入所施設・医療機関等の名称 | 入所・入院の期間 |
| 令和　　 年　　 月　　 日から |
| 変更申請理由（区分変更時記入） |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出代行者 | 名称・氏名 | 該当に○　１.地域包括支援センター　２.居宅介護支援事業者　３.介護保険施設４.その他（　　 　　　　）　　　　本人との関係（　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 包括・事業所の場合／担当者氏名（　　　　　　　　　　） |
| 住　　　所 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主 治 医 | 医療機関名 |  | 主治医の氏名 | 　　　　　　　　　医師 |
| 所 在 地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号 |

|  |
| --- |
| 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、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、朝日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。 本人氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 |

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 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 調査日時 | 令和　　　年　　　月　　　日（　　）　　　　時　　　　 |
| 調査場所 | 自宅・その他（　　　　　　　　　　　　　　　） |