# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

1. 新規　2. 新規（要支援から要介護への区分変更）
※右の該当するものに○をしてくださ　3. 更新　4. 変更　5. 転入

（申請先）　美作市長

※申請の際は介護保険被保険者証を添付してください。

次のとおり申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 令和　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 | | | |
| | 医療保険 記号 | | 番号 | 枝番 |
| | フリガナ | | 生年月日 | 大・昭　年　月　日 |
| | 氏　名 | | 性　別 | 男・女 |
| | 住　所 | 〒<br>※アパート・マンション名も記入してください<br>電話番号 | | |
| | 現在の認定区分等 | 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 | | |
| | 変更申請・要支援認定からの新規申請の理由 | 悪化・改善（どちらかに○をし、その状態や理由を記入してください。）<br>理由等（　） | | |
| 現在いる所 | 施設名等・氏名 | 該当に○（介護保険施設　・　医療機関　・　その他（　））<br>病棟　階　号室<br>入所・入院（予定）期間：　年　月　日～　年　月　日 | | |
| | 住　所 | 〒<br>※アパート・マンション名も記入してください<br>電話番号 | | |

※現在いる所については、住所地以外にいる場合に記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| 提出代行者 | 名称・氏名 | 該当に○（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・介護医療院） |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 |

※家族、代理人等が代理申請する場合も、この欄に記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒<br>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※医療保険証を提示または写しを添付（添付の場合、特定疾病名のみ記入）

| | |
|---|---|
| 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、主治医意見書、美作市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、美作市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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に掲示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人署名　（必ず記入）　　代筆者氏名　（続柄：　）（本人署名欄を代筆した場合）

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 訪問調査時の立会希望 | 有・無 | 立会者氏名 | | 続柄 | 電話番号（連絡がとりやすい時間帯） |
| 被保険者証送付先 | 住所 | 〒 | | 氏名 | |

※立会希望の有無を必ず記入してください。連絡先は平日の日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。被保険者証送付先に記入が無い場合、原則、被保険者住所地（既に送付先の指定がある場合にはその住所地）へ送付します。

| 総合支所受付 | 本庁受付 | 備考 |
|---|---|---|
| | | 利用中のサービス　□入所介護施設（　）□居宅サービス<br>□デイサービス　利用日（月・火・水・木・金・土・日）施設名（　）<br>□ショートステイ　利用日（月・火・水・木・金・土・日）施設名（　）<br>□ヘルパー　□訪問看護　□福祉用具貸与（　）<br>□（その他　） |

| 美作市確認欄 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 被保険者証 | □回収済　□未収（□紛失　） | 受付入力 | |
| | 意見書依頼 | □医療機関郵送　□その他（　） | 資格者証 | □手渡し　□（　） |
| | 調査指示 | □直営　□委託（　） | 保険料未納 | □なし　□あり |