別記第5号様式（第17条第1項関係）

三笠市介護保険　　　　　　　　　　　　　　　　　申請書

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

三笠市長　　　　　様

次のとおり、要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定を受けたいので、三笠市介護保険条例施行規則第17条第1項の規定により申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 申請年月日 | 年 　月 　日 |
| 被保険者 | 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 |
| 前回の要介護認定結果等※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　経過的要介護　要支援状態区分　１　２ |
| 有効期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日 |
| 介護保険施設・病院等への入所又は入院の有無 | 介護保険施設の名称等・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 |
|  |
| 申請者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 提出代行者 | ※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・指定介護療養型医療施設）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |
| 住所 | 〒電話番号 |
|  |
| 主治医 | 主治医氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　電話番号 |

２号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 医療保険者名 |  | 医療保険証記号番号 |  |
| 特定疾病名 |  |

１　居宅サービス計画又は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・要支援認定に係る調査内容、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三笠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等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。

２（要介護（支援）更新認定を申請された場合のみ）

　　現在受けている要介護（支援）認定の有効期間内に要介護（支援）認定を行うことができる場合であれば、申請日から３０日を超えて決定を行う場合であっても三笠市から被保険者に発出する延期通知を省略することに同意します。

本人氏名

|  |
| --- |
| 三笠市確認欄 |
| 連絡先／送付先 | 特記事項 | 調査委託先 |
|  |  |  |