　様式第１号

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険(要介護・要支援)認定申請書**  　　　　　　 ※右の該当するものに｢レ｣点をつけてください。  土佐清水市長　様  次のとおり申請します。　 ※被保険者証を提示してください｡ |  | 新規 |  | 更新 |  | 区分変更(要介護・要支援状態） | | |
|  | | | | | | | |
|  | 新規(要介護･要支援者の区分変更） | | | | |  | 転入による申請 |
| (変更申請:認定有効期限の□61日以前　□60日以内） | | | | | | | |
| 年　　　　　月　　　　　日　申請 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **被保険者（申請者：認定を受けようとしている方）** | **被保険者番号** |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |  | **個人番号** | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | **生年月日** | | 明・大・昭　　　　年　　　　　月　　　　　日  　　　　　　　　　 （年齢　　　　　 歳　） | | | | | | | | | | | |
| **氏　名** |  | | | | | | | | | | | |
| **性別** | |  | | | | | | | | | | | |
| **住　所**  （住民登録地） | 〒　　　　　－  　土佐清水市 | | | | | | | | | | | | | | 電話番号　　　　 －　　　　　－ | | | | | | | | | | | |
| **入院・入所**  **または**  **寄留先住所**  （現在，上記住所に居住していない方  は，実際の居住地等を記入してください） | **医 療 機 関 ・ 施 設 名** | | | | | | | | | | | | | **寄 留 先 （○○様方）** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| 住　　 所 | | | 〒　　　　 －  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　 -　　　　　 - | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 期　　間 | | | 年　　　 月　　　日　 ～ 　　　　　年　　　 月　　　 日  　　　　　　　　　　　　　　　　　（退院･退所の予定：　有 ・ 無 ） | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護認定の結果  **※新規申請は記入不要** | 要介護状態区分　 1 　2 　3 　4 　5 　　　　 要支援状態区分　　　　1　 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 認定有効期間　　　　　　　　　　年　　　月　　　日　～　　　　　　　年　　　月　　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **変更申請の理由**  ※現在の要介護状態区分の変更申請をする  　 方は記入してください。（要支援者は除く） | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **代行・代理申請人** | **提出代行**  **(代理)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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その他） | | |
| (本人申請の場合記載不要） | **申請者との関係** |  |
| **住所・所在地** | 〒　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　-　　　　　 - | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **主治医** | **医療機関名** |  | **主治医氏名**  ※フルネームで記入 |  |
| **受診（予定）日** | 年　　月　　日　　受診 ・ 予定 | **診療科** | 科 |
| **所在地** | 〒　　　　　－  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　－　　　－ | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **加入医療保険情報** | **※現在加入している医療保険の被保険者証を提示してください｡** | | | （コピー添付の場合は記載不要です。）  　□ 写し添付(記載不要） | |
| **医療保険者名** |  | **医療保険被保険者証**  **記号番号枝番** | |  |
| **医療保険加入日** | 年　　　月　　　日 | **特定疾病名**  **（４０歳から６４歳までの方のみ）** | |  |

裏面につづきます。