別記第７号様式（第１３条、第１４条関係）

介護保険要介護認定・要支援認定等申請書

芦　別　市　長　　様

次のとおり申請します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被保険者 | 申請の種類 | □　要介護・要支援認定　　□　要介護更新申請　　□　要介護認定区分変更申請□　転入申請　　　　　　　□　要支援更新申請　　□　要支援認定区分変更申請 |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 医療保険者名 |  | 記号番号 |  |
| フリガナ |  | 性別 | 申請年月日 | 令和　 　年　 　月　　 日 |
| 氏　　名 |  | 男・女 |
| 生年月日 | 明・大・昭　　年　　月　　日 |
| 住　　所 | 〒　　　　　－電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 | 要介護　　１　　２　　３　　４　　５　／　要支援　　１　　２ |
| 有効期間 | 令和　　年　　月　　日　　から　令和　　　年　　　月　　　日 |
| 変更申請の理由 |  |
| 過去６月間の介護保険施設、医療機関等の入所、入院 | 施設等の名称 | 期間　令和　　　年　　　月　　　日から　令和　　　年　　　月　　　日まで |
| 施設等の名称 | 期間　令和　　　年　　　月　　　日から　令和　　　年　　　月　　　日まで |
| 有 ・ 無 |

※　申請者が被保険者本人の場合は、この欄には記載不要

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | 氏名 |  | 本人との関係 |  |
| 住所 | 〒　　　　－電話番号 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出代行者 | 区分 | □地域包括支援センター　□居宅介護支援事業所　□指定介護老人福祉施設　□介護医療院□介護老人保健施設　□指定介護療養型医療施設　□地域密着型介護老人福祉施設 |
| 名称 |  | （担当者氏名：　　　　　　　） |
| 所在地 |  | 電話番号 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医療機関名 |  | 最近の受診年月日 |
| 主治医の氏名 |  | 令和　　年　　月　　日 |
| 所在地 | 〒　　　　－　　電話番号 |

※　第２号被保険者（４０歳から６４歳）の方は特定疾病名を記載し、医療保険者証の写しを添付してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

※　要介護認定結果通知等送付先

|  |  |
| --- | --- |
| 要介護認定結果送付先 | 　本人宅　　　　申請者宅　　　その他（送付先を下記に記入） |
| 住所 | 〒　　　－ |
| 氏名 |  | 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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、芦別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、並びに介護サービス計画書を居宅介護支援事業所から芦別市に提出することに同意します。（更新の場合のみ）現在の有効期間内に更新認定が行えるときは、認定延期通知を省略することに同意します。本人氏名　　　　　　　　　　　代筆者氏名　　　　　　　　　　　（本人との関係　　　　　　　　　　） |

市記入欄

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 介護保険証 | 資格者証 | 過年度滞納保険料 | 現年度滞納保険料 |
| 回収　・　紛失　・　後日回収 | 交付済　・　未交付 | 有　・　無 | 有　・　無 |