**介護保険　　 　要介護認定・要支援認定　　　　申請書**

様式第６号（第７条関係）

**要介護更新認定・要支援更新認定**

　様　　　　　　該当するものに☑をしてください　　　　　　申請年月日

次のとおり申請します。　□新規　□更新　□要支援からの新規申請　□転入　 　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　被保険者 | 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 個人番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療保険 | 保険者名 |  | 保険者番号 |  |
| 被保険者証 | 記号 |  | 番号 |  | 枝番 |  |
| フリガナ |  | 生年月日 | 　　　　　　　　(　　 )歳 |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男　　　・　　　女 |
| 住　　所 | 〒電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等 | \*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 有効期限　　　　　　　 |
| ※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。(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してくだい。)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　はい・いいえ「はい」の場合、申請日　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 過去６月間の介護保険施設医療機関等入院・入所の有無(○を) | 有 | 入院・入所施設名 | 入院・入所の期間／　　から　　／現在も入院・入所中 |
| 所　在　地 |
| 無 |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| (提出代行者)申 請 者  | 氏名(名称) | 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・介護医療院）個人の方はフリガナを　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　 　 　 　　担当者名（　　　　 　　　　　　） |
| 住　所 | 〒電話番号 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 氏　　　　名 | 診療科（　　　　　 　　 科） | 医療機関名 | 直近の受診日：　　 月　 　日 |
| 所在地 | 〒電話番号 |

　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　　　　※医療保険証のコピーが必要です

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

私は、介護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、泉南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、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。

併せて、主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果情報を提示することに同意します。

本人氏名

≪市処理欄≫

受　付：　　　　　 入　力：　　　　　 意見書送付：　　　　　　訪問調査：　　　　　台帳：