

|                              |              |                                |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                             |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|------------------------------|--------------|--------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|
| 介護保険                         |              | 要介護認定・要支援認定<br>要介護更新認定・要支援更新認定 |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                             | 申請書   |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
| 根室市長 様                       |              |                                |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                             |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
| 次のとおり申請します。                  |              |                                |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                             |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
| 申請年月日 年 月 日                  |              |                                |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                             |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
| 被<br>保<br>者                  | 介護保険         | 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                          |  |  |  |  |  |  |  |                |                                                                             | 被保険者証 |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|                              | フリガナ         |                                |  |  |  |  |  |  |  |                | 生年月日                                                                        |       |  |  |  |  |  |  |  |                 | 大・昭・平 年 月 日                   |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|                              | 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                                                         |       |  |  |  |  |  |  |  |                 | 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 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日                                                  |       |  |  |  |  |  |  |  |                 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|                              |              |                                |  |  |  |  |  |  |  |                | ※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。<br>（既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） 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、医療機関等への入院、入所の有無 |              |                                |  |  |  |  |  |  |  | 介護保険施設の名称等・所在地 |                                                                             |       |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |                               |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |
|                              |              |                                |  |  |  |  |  |  |  | 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          |                                                                             |       |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関等の名称等・所在地   |                               |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日～ 年 月 日 |

|         |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------|------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申請者氏名   |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 本人との関係 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 提出代行者名称 | 該当に○（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・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 申請者住所   | 〒                                                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 電話番号    |                                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 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

|           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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、及び主治医意見書を、根室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に同意します。

本人氏名