介護保険要介護認定(更新)・要支援認定(更新)申請書

　　(宛先)札幌市　　区長

　次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者 | 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 | 記号 | |  | | | | | | | | | 番号 |  | | | | | 枝番 | | |  | | | | | | |
| フリガナ | |  | | | | | | | | | | | 生年月日 | | 年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | |
| 氏名 | |  | | | | | | | | | | |
| 性別 | | 男・女 | | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護認定の結果等  ＊初めての申請の場合は不要 | | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　経過的要介護　要支援1　要支援2　非該当 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有効期間　　　　　年　　月　　日～　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 現在の居所が住所と異なる場合 | 病院・施設等に入院している場合 | 名称(介護保険施設・医療機関等)　　入院・入所年月日　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 所在地  〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 上記以外の場合の現在の居所 | 〒  電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請書提出者  (本人の場合は記入不要) | 被保険者との関係 | 1　親族(本人との関係：　　　　　　　　　　　　　　　)  2　提出代行者(事業者番号：　　　　　　　　　　　　　　　)  　　地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設等  3　その他(具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　) | | | |
| 名 前  ・  名 称 |  | | | |
| 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2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名 |  |

　介護予防サービス計画の作成など私への支援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、介護認定審査会資料、主治医意見書及び認定結果を、札幌市(区)から私の担当地域の地域包括支援センター又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名

備考　この様式により難いときは、この様式に準じた別の様式を用いることができる。