第６号様式（第８条第１項）

（表面）

要介護・要支援認定（新規）申請書

　（宛先）東金市長

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 被保険者の情報 | 介護保険  被保険者番号 |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  | | | 個人番号 | | | | |  |  |  | |  |  | |  | |  |  | |  |  |  |  |
| 医療保険保険者名 |  | | | | | | | | | | | | 医療保険  保険者番号 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険  被保険者証 | 記号 | | |  | | | | | | | | | | 番号 | |  | | | | | | | | | | 枝番 | | | | |  | | | | |
| フリガナ |  | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男  女 | | | 生年月日 | | | | 年　　　　月　　　　日 | | | | | | | | | | | | |
| 被保険者氏名 |  | | | | | | | | | | | | |
| 住所 | 郵便番号 | | | |  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 電話番号 |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※現在、要支援認定を受けている場合のみ記入 | 要支援状態区分 | | | | | | | | | 要支援　　１　　２ | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 有効期限（始期） | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | 有効期限（終期） | | | | | | | | | | 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 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | |
| 要介護・要支援  認定を申請中 | | | | | | | | | はい　　いいえ | | | | | | | 申請日 | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | |
| 過去6月の介護保険施設・医療機関等への入院・入所 | 過去6月間の入院・入所の有無 | | | | | | | | | 有　　　無 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ①期間（始期） | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | ①期間（終期） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ②介護保険施設の名称等・所在地 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ②期間（始期） | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | ②期間（終期） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ③医療機関等の  名称等・所在地 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ③期間（始期） | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | ③期間（終期） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |
| ④医療機関等の  名称等・所在地 | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ④期間（始期） | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | | ④期間（終期） | | | | | | | | | | 年　　　月　　　日 | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 提出代行者の情報 | 種別 |  | | 名称 | |  |
| 住所 | 郵便番号 |  | |  | |
|  | | | | |
| 電話番号 |  | |  | | |

（裏面）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医の情報 | 主治医の有無 | 有　無 |  |  | |
| 主治医の氏名 |  | |
| 医療機関名 |  | |
| 医療機関の所在地 | 郵便番号 |  | |  |
|  | | | |
| 医療機関の  電話番号 |  | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 第二号被保険者の情報  ※第二号被保険者のみ記入 | 特定  疾病名 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 認定調査の日程調整に  関する連絡先 | フリガナ |  |  | | |
| 連絡先氏名 |  | 被保険者との関係 | |  |
| 担当者の電話番号 |  | |  | |
| 担当者の  メールアドレス |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 本人同意 | 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・要支援認定に係る調査内容、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、東金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。  □同意する |

※「提出代行者の情報」の「種別」欄は、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院から選んで記入してください。

事務処理欄

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 調査日時 | 月　　　日　　　時　　　分 | | | 立会い | |  | | |
| 調査場所 | 自宅　・　施設　・　病院　・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 介被保証回収 | 済　・　未 | 医被保証確認 | 済　・　未 | | | | 資格者証発行 | 済　・　未 |
| 意見書区分 | 在　・　施　／　新　・　継 | | | | 駐車 | |  | |
| 来庁者 | 本人・代理人・郵送・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 番号確認 | 番号カード・通知カード・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 身元確認 | 番号カード・運転免許証・介護支援専門員証・その他2点（　　　　　　　　・　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 代理権確認 | 介護保険被保険者証・戸籍謄本・委任状・その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |