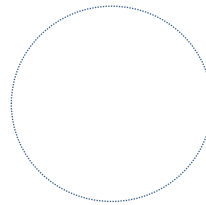


# 介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書

新規申請  更新申請  区分変更申請  転入継続



大津市長

次のとおり申請します。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	申請年月日	令和 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 代理人(家族、後見人、知人等) ⇒ 続柄 ( )	氏名または 事業所名	フリガナ ( ) (認定調査担当者氏名)
	<input type="checkbox"/> 提出代行者 ⇒ 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・社会保険労務士)		住所

介護保険 被保険者番号	個人番号
----------------	------

被 保 者	医療保険	保険者名	保険者番号
		被保険者証	記号 番号 枝番
		被保険者氏名	資格取得年月日 昭・平・令 年 月 日
		フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日
		氏名	性別 男・女 電話番号 ( ) -
		住所 (住民票の住所)	〒 -
保 険	前回の要介護認定の結果等	認定結果	要介護( 1 2 3 4 5 ) 要支援( 1 2 )
		有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・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。(既に結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択)
			はい・いいえ (「はい」の場合のみ記入) 申請日 令和 年 月 日
者	区分変更申請の理由(※変更申請の場合のみ記入)		
	過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無	介護保険施設等の名称等・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

※介護保険主治医意見書の記入が可能かどうか、医師に確認してからご記入ください。  
 ※主治医が複数いる場合は、現在の身体状態をよく把握されている医師を記載してください。

主治医	主治医の氏名 (フルネーム)	最終受診月	年 月
	医療機関名	診療科	
	所在地	〒 - 電話番号( ) -	

## 同意欄

- ・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、大津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、介護予防サービス事業者若しくは介護保険施設等の関係人、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。
- ・更新申請において、申請日より30日を越える場合でも、有効期間内に要介護・要支援認定が行われるときは、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

調査について	調査場所		<input type="checkbox"/> 住所地の自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等 <input type="checkbox"/> その他( )	
	施設名		(※病院の場合は、病棟・号室もご記入ください。)	調査先住所 (住所地と同じ場合は記入不要)
	有・無	立会者の連絡先	フリガナ氏名	本人との関係( )
			連絡先	※日中連絡が可能なところ ※つながりやすい時間帯 ① 自宅・携帯( )    —    午前 : ~ : ② 自宅・携帯( )    —    午後 : ~ :

◆結果通知等は原則として**被保険者住所地へ送付**します。事情によりそれ以外の場所へ送付を希望される場合は、下の欄に記載してください。

結果通知の送付先 (被保険者住所地以外に送付する場合のみ記入)	住所	〒 _____	電話番号( ) _____
	氏名	本人との関係 ( )	

(注1)こちらに記載される送付先は当該申請のみ適用します。常時送付先を設定する場合は別途申請が必要です。

(注2)すでに送付先設定がされている場合、被保険者住所地ではなく設定された送付先へ送付いたします。

(注3)ご家族以外の方が受取人となる場合は委任状を添付してください。後見人、保佐人、補助人等の方は後見人等であることを証明する書類の写しでも結構です。(ただし、すでに後見人等で送付先設定を申請されている場合は不要です。)

(注4)こちらに記載される送付先は、申請日から認定結果通知の発送日まで有効となり、その間、介護保険課から発送する書類(負担割合証等)の送付先も結果通知の送付先に変更されることをご了承ください。

**第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。**

特定疾病名 [該当する疾病名の番号に○をしてください。]	
1 がん	2 関節リウマチ
3 筋萎縮性側索硬化症(ALS)	4 後縦靭帯骨化症
5 骨折を伴う骨粗鬆症	6 初老期における認知症
7 パーキンソン病関連疾患	8 脊髄小脳変性症
9 脊柱管狭窄症	10 早老症
11 多系統萎縮症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13 脳血管疾患	14 閉塞性動脈硬化症
15 慢性閉塞性肺疾患	16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

健康保険部 介護保険課	係長	担当	受付印
上記申請書を受理してよろしいか。			
訪問調査登録	1. 職員	2. 委託	
	1. 在宅	2. 施設	
主治医意見書登録	1. 依頼	2. 命令	
	1. 在宅	2. 施設	
			新規 継続