様式第3号(第11条関係)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **介護保険** | | | | | | | | | **要介護認定・要支援認定**  **要介護更新認定・要支援更新認定** | | | | | | | | | | | **申請書** | | | | | | | | | | | | |
| 豊 岡 市 長　様  　要介護度の認定に関し、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 | | | | | | | | | | | | |
| 住所等 | | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　―　　　― | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ※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」を選択してください）　　はい　・　いいえ  「はい」の場合、申請日　　　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請情報等 | 現在の認定  ［更新のみ記入］ | 要介護： 1・ 2・ 3・ 4・ 5 要支援： 1・ 2 | | | | サービス利用 |
| 認定期間：　　　　 年　　 月　　 日～　　　　 年　　 月　　 日 | | | | 有 ・ 無 |
| 申請理由等  ［新規のみ記入］ | ≪疾病・負傷(自損・受傷)≫　※受傷とは、交通事故等の被害者の場合 | | | | 暫定利用予定 |
| 有 ・ 無 |
| 過去6月間の介護保険施設への入所、又は医療機関等への入院状況 | 介護医療 | (所在地)  (施設名) | 期間 | 年　 月　 日　～　　 年　 月　 日 | |
| 介護医療 | (所在地)  (施設名) | 期間 | 年　 月　 日　～　　 年　 月　 日 | |
| 有・無 |
| 調査希望場所 | 自宅 ・ 自宅外 (名称・所在地等　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　) | | | | |
| 調査時立会者 | 無 ・ 有 (　　 　　　　　　　　　 続柄　 　　　連絡先 　　　　　　　　　 ) | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 提出代行者 | 名称等 | 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・介護医療院） |
| 所在地等 | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　―　　　― |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医 | 医師の氏名 |  | 医療機関名 |  |
| 直近の受診 | 年　　月　　日 | 他科の受診 | 無・有(　　　　　　　　　　　　　) |
| 所在地等 | 〒　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号：　　　　―　　　― | | |

**第２号被保険者(満40歳から64歳までの公的医療保険加入者)のみ記入**

|  |  |
| --- | --- |
| 特定疾病名称  　該当する番号に○印を記入 | ①がん(末期)　②関節リウマチ　③筋萎縮性側索硬化症　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進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病　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糖尿病性の神経障害、腎症及び網膜症　⑬脳血管疾患(出血・梗塞)  　⑭閉塞性動脈硬化症　⑮慢性閉塞性肺疾患　⑯両膝又は両股の変形性関節症 |

　私の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なときは、この要介護認定又は要支援認定に係る介護認定審査会による判定の結果及び意見、並びに、その資料とされた認定調査票及び主治医意見書等に関し、豊岡市から私が契約している地域包括支援センター（再委託先を含む。）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び介護保険施設事業者、並びに、主治医意見書を作成した医師及び認定調査を委託された場合における委託先の調査員に提示され、若しくは写しを交付されることに同意します。また、保険給付に係る負担割合の情報に関し、豊岡市から私が契約している地域包括支援センター（再委託先を含む。）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び介護保険施設事業者に提供されることに同意します。

本人署名

(代理者　　　　　　　　　　　　続柄　　　)