介護保険（要介護認定 ・ 要支援認定 / 新規 ・ 更新 ・ 区分変更）申請書

三原市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日　令和　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	該当に○をしてください。 ・三原市（三原市国保）　・広島県後期高齢者医療広域連合 ・その他（　　）		保険者番号		
		被保険者証	記号		番号		枝番
	フリガナ			生年月日	明 ・ 大 ・ 昭　年　月　日		
	氏　名			性　別	男 ・ 女		
	住　所	〒 電話番号					
	前回の要介護認定結果等	*更新・区分変更申請の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2 有効期間　年　月　日 から　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。 （既に認定結果の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				
	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			
	↓どちらかに○	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		本人との関係	
提出代行者	該当に○をしてください。（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）		
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		

※裏面も記入してください。

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	該当に〇をしてください。 01 筋萎縮性側索硬化症　02 後縦靱帯骨化症　03 骨折を伴う骨粗鬆症 04 多系統萎縮症　05 初老期における認知症　06 脊髄小脳変性症 07 脊柱管狭窄症　08 早老症 09 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 10 脳血管疾患　11 パーキンソン病関連疾患　12 閉塞性動脈硬化症 13 関節リウマチ　14 慢性閉塞性肺疾患 15 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 16 がん

訪問調査	調査への同席者の有無	無	本人のみで可	
		有	フリガナ 同席者氏名	本人との関係（　　）
	調査日程調整連絡先	該当に〇をしてください。 ・本人　・申請者　・調査同席者　・その他（　　） 電話番号　（　　）　※連絡が取れる番号を記載してください。		
	訪問調査先	該当に〇をしてください。 ・自宅　・病院　・施設　・その他（　　）		

その他 聞き取り事項 *保険者記入欄	

介護サービス計画又は介護予防計画を作成する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三原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も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。また、担当者会議開催等のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定の進捗状況を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等の関係人に伝達することに同意します。あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

本人氏名：　　代筆者氏名：　　本人との関係（　　）

※本人氏名を代筆した場合は右記に記入してください。　　代筆者住所

※本人または代筆者が手書きしない場合は、記名押印してください。

＜注意事項＞

〇医療保険欄を記入してください。なお、三原市国民健康保険及び広島県後期高齢者医療保険に加入以外の方は、健康保険被保険者証の写しを添付してください。

〇申請者・本人との関係・提出代行者（事業所が代行する場合のみ）・申請者住所を必ず記入してください。（本人が申請する場合を除く）

〇主治医の所在地について、三原市外の場合は必ず記入してください。

保険者記入欄

資格者証交付	主治医意見書	みなし申請	入力確認欄1	入力確認欄2
有　・　無	後日　・　依頼			