|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |
|  |
| （宛先）栃木市長次のとおり申請します。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　申請年月日　　　 年　　月　　日 |
| 　 | 被保険者医療保険 | 介護保険被保険者番号 | **0** | **0** | **0** | **0** | **0** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | 個人番号 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 | 　 |
|  | 保険者名 |  | 保険者番号 |  |  |
|  | 被保険者証 | 記号 |  | 番号マイナンバーを記入してください。（確認が難しい場合は空欄のままでも受付可能です） |  | 枝番 |  |  |
| フリガナ医療保険証の情報を記入してください。（1号被保険者の方の場合、分からなければ空欄で結構です） | 　 | 生年月日 | 年　　月　　日 |  |
| 氏名 | 　 |
| 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | 　　　世帯主　　　　　　　　　　　　電話番号 |
| 前回の要介護認定の結果等＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要支援状態区分１　２　要介護状態区分１　２　３　４　５ |
| 有効期間　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで |
| ※１４日以内に他自治体から転入した方のみ記入 | 転出元自治体（市町村名）〔　　　　　　〕入所している場合は施設名を記入してください。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 |
| 過去６月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 | 介護保険施設の名称等　**特別養護老人ホーム　○○**どちらかに ○ を付けてください。（デイサービスやショートステイは含みません）所　在　地現在入院中、または半年の間に入院していた場合は病院名・期間を記入してください。　　　　　　　　　　　　　　　　　　期　間　**△/◇　～　◎/□** |
| 医療機関等の名称等所　在　地　　　　　　　　　　　　　　　　　　期　間 |
| 有・無 |
| 　 |
| 　 | 提出代行者 | 名称本人以外（ケアマネ・介護保険施設等）が提出代行する場合はご記入ください。 | 該当に○（居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健市役所から主治医あてに意見書作成の依頼をします。主治医の氏名が不明である場合は空欄または「主治医」と記載してください。施設・指定介護療養型医療施設） | 　 |
|  |
| 住所 | 電話番号　　　　　　　　　 |
| 　 |
| 　 | 主治医 | 主治医の氏名 | 　〇〇　〇〇 | 医療機関名 | 　△△△△病院 | 　 |
| 所在地 | 電話番号　　　　**※６５歳未満である方は申請時に医療保険証の提示が必要です。申請時に窓口に持参してください。また、「特定疾病」に該当するか確認の上で申請してください。** |
| ２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 |
| 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。事項をお読みいただき、認定を受ける本人の氏名で同意してください。 |
|  |
| 本人氏名　**栃木　花子** |

別記様式第２９号（第２９条関係）

６５歳に到達すると発行される「介護保険被保険者証」の番号を記入してください。（医療保険の番号とは別です）

　保険証が見当たらなくても申請可能ですのでその場合は空欄のままご提出ください。

＊家族構成（独居・同居）　　　　　＊調査立会者の連絡先　（氏名・電話番号）

　　　　　　　　　　　　**栃木市万町9-25**

調査立会者の 住所・氏名・電話番号（日中連絡の取れる番号）を記入してください。

後日、介護認定調査員から訪問日時のご連絡をいたします。

**栃木　太郎（長男）**

**TEL 〇〇－〇〇〇〇**