| 新規・更新 | 在宅・病院・施設（　　） | 受付者： |
|---|---|---|

| ２号 | 保険料 |
|---|---|

様式第6号(第5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

御殿場市長　様

次のとおり申請します。　　申請年月日　　年　　月　　日

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | | 個人番号 | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 大・昭　　年　　月　　日 |
| | 氏　　名 | | 性　　別 | 男　・　女 |
| | 住　　所 | 〒<br>世帯主氏名（　　）<br>電話番号 | | |
| | 前回の要介護認定の結果等<br>＊要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分　1　2　3　4　5　経過的要介護　要支援状態区分　1　2 | | |
| | | 有効期間　　年　　月　　日から　　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 | |
| | | 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 | |

| | | |
|---|---|---|
| 提出代行者 | 名　称 | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)<br>事業者等の場合は　印<br>代行申請担当者氏名（　　）　家族の場合は続柄（　　） |
| | 住　所 | 〒<br>電話番号 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医氏名 | | 医療機関名 | |
| | 所在地 | 〒<br>電話番号 | | |

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

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
| 特定疾病名 | | | |

介護サービス計画又は介護予防サービス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、御殿場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。

本人氏名（介護を受ける人）

代 筆 者(申請者等)

| | | | |
|---|---|---|---|
| 家族構成 | 本人・配偶者・ | 訪問調査時の駐車場 | 有・無 |
| 調査の立会（　有　・無　）→有の場合、調査立会い者の氏名・日中連絡のつく☎<br>氏名　　☎　　－　　－　　時頃 | | | |
| 本人に病気がある場合　・本人に告知済み　・本人は知らない | | □　包括へ情報提供済 | |
| 【現在の状況】※更新で在宅の場合は、サービスの曜日を記入 | | | |