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** | | | | | | | | | | |
| 熱海市長　　様 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 次のとおり申請します。 | | | | | | | | | | | | | | | | | 個人番号 | | |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |  |
|  | 被保険者 | 介護保険  被保険者番号 | |  |  |  | |  | |  | |  | |  |  |  |  | 申請年月日 | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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 | | | | | 明・大・昭　　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 氏　　名 | |  | | | | | | | | | | | | | | 性　別 | | | | | 男　　　・　　　女 | | | | | | | | | | | | | | | |
| 住　　所 | | 〒　　　－  電話番号　　　　－　　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護  認定の結果等 | | ※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　　　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　令和　　年　　月　　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療機関等の名称・所在地 | | | | | | | | | | | | | | | 期間　　　年　月　日　～　　　年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 有・無 | | 医療機関等の名称・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・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）** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
| 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　　　　－　　　－ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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、熱海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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**１　訪問調査について**[訪問調査は、他の市区町村や事業所に委託をする場合があります。]

**① 調査場所**

□自　宅(住民登録をしているところ)□　施　設

□病　院(　　　　　階　　　　号室)　□　その他( 　　)

**自宅以外で調査する場合の所在地・名称等**

名称　　　　　　　　　　　住所　　　　　　　　　　　　　電話

1. **御家族の方等の調査立会い**

□ 希望する　　お名前　　　　　　　　　　　御本人様との御関係(　　　　　　)

電　話

□ 希望しない

**③ 調査希望日等**

訪問調査は、月～金曜日の９時～１６時で行います。訪問調査員があなたの自宅や施設等を訪問するのに、御都合のよい曜日・時間帯を○・×で御記入ください。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 |
| 午前 |  |  |  |  |  |
| 午後 |  |  |  |  |  |

**④ 駐車場の有無**□ある　　　□ない

**２　申請理由について**

新規申請の方:介護サービスが必要となった原因、現在の心身の状態と生活の状況について

更新申請の方:現在の心身の状態と生活の状況、サービス利用の有無について

[調査を行う際の参考となります。病名・入院履歴、普段の生活状況等を必ず記入してください。]

|  |
| --- |
|  |

**３　前ページ記載の主治医への最終診察日及び次回通院予定日について**

○最 終 診 察 日　　　令和　　　年　　　月　　　日

　　○次回通院予定日　　　令和　　　年　　　月　　　日

**４　認定結果通知書等の送付先（自宅の場合は記入不要）**

あて名　　　　　　　　　　　　　　　　御本人様との御関係(　　　　　　)

住　所　（〒　　－　　　）

認定結果通知書等を上記送付先に送付することに同意します。

本人氏名

**５**　**御本人様以外の連絡先（調査立会い人と同一の場合は記入不要）**

お名前　　　　　　　　　　　　　　　　御本人様との御関係(　　　　　　)

住　所　　　　　　　　　　　　　　　　電話

市記入欄

Ｍ・Ｔ・Ｓ・R