

## 三木市介護保険【要介護・要支援】認定申請書

三木市長 様

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更  
新規(要支援者の要介護への区分変更) 転入

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	大・昭 年 月 日			
	氏名				性別	男 ・ 女			
	住所 (住民登録地)		〒		電話番号				
	訪問調査先 (上記と異なる場合)		〒		電話番号 <input type="checkbox"/> 入院(所) 中				
	訪問調査 について		立会希望(有・無) 氏名( ) 続柄( ) 昼間連絡先(電話番号 )						
	現 在 の 要 介 護 状 態 区 分 等	更新・変更 時のみ記入	要介護状態区分		要介護( 1 2 3 4 5 )			要支援( 1 2 )	
		転入者のみ 記入	有効期間		令和 年 月 日 から		令和 年 月 日		
変更申請の理由 ※(変更時のみ記入)									
連絡事項 (事前に伝えたい事等)									

<b>提出代行者 申請代理人 名称・氏名</b>	該当に○(居宅介護支援事業者・特養・老健・医療院・家族・地域包括支援センター・その他)  <div style="text-align: right;">担当者氏名( )</div>
<b>住所又は所在地</b>	〒  <div style="text-align: right;">電話番号</div>

※主治医の氏名が不明(名字しか分からない等)な場合は、同欄に「診療科」を記入してください。

主 治 医	主治医氏名		医療機関名	(最終受診年月日 年 月 日)
	所在地	〒	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 ※医療保険者証のコピーを添付してください。

<b>特定疾病名</b>	
--------------	--

- ・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- ・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、主治医意見書、三木市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三木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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ (代筆者氏名 \_\_\_\_\_)

受付印

確 保 者 欄	備考		担当
	被保険者証〔回収・紛失〕 結果通知先〔自宅・包括・提出代行者・その他( )〕		