第６号様式（第７条第１項関係）

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

北海道河西郡芽室町長　様
次のとおり申請します。

申請年月日　〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 0	
	フリガナ	メムロ　タロウ	生年月日	明・大・昭〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏　名	芽室　太郎	性　別	㊚　・　女	
	住　所	〒〇〇〇－〇〇 芽室町〇条〇丁目〇番地〇 電話番号　〇〇－〇〇〇〇			
	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。　[　はい　・　いいえ　] （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」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	介護保険施設等の名称等・所在地 芽室老人保健施設	期間〇年〇月〇日～〇年〇月〇日		
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日		
		医療機関等の名称等・所在地 いろはに病院	期間〇年〇月〇日～〇年〇月〇日		
	有　・　無	医療機関等の名称等・所在地	期間　年　月　日～　年　月　日		

申請者氏名		本人との続柄	
提出代行者住所	〒 電話番号		
提出代行者名称	該当に〇（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） 印		

主治医	主治医の氏名	保健　次郎	医療機関名	いろはに病院
	所在地	〒〇〇〇－〇〇 芽室町〇条〇丁目〇番地〇 電話番号　〇〇－〇〇〇〇		

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芽室町から地域包括支援センター、居宅査に護支援事業者、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従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名　芽室　太郎