

介護保険 要介護・要支援(新規・更新・区分変更・転入) 認定申請書

(宛先) 鈴鹿亀山地区広域連合長

申請日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

次のとおり申請します。

① 被 保 険 者 (認 定 申 請 者)	介護保険被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		〒 _____ 市 _____ 区 _____ 丁目 _____ 番 _____ 号		
	氏名		住所		
	性別	男・女	生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日	電話 (_____)
	前回の要介護認定の結果等 (新規申請は不要)		要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 要支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		
	申請理由 (更新申請は不要)		認定の有効期間 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 から 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日まで		
	主治医	医院・病院名		主治医の氏名 (フルネームをご記入ください)	
		所在地・電話番号		Tel (_____)	
		受診状況 通院中(最終受診日 _____ 年 _____ 月 _____ 日)・入院中(_____ 年 _____ 月 _____ 日～退院予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日・未定)			
	転入継続の方 (転入前の自治体で認定を受けていた方)		転入前ご住所		認定を受けていた要支援・要介護区分 申請中 _____ 年 _____ 月 _____ 日申請 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
				認定有効期間 ~ _____	
② 手 続 代 行 者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員・成年後見人等 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 被保険者以外が申請するときは記載してください。				
	所在地		氏名 (続柄 _____)		
	名称		電話 (_____)		
③ 認 定 調 査	現在の本人の居所		<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 名称 _____ 所在地 _____ 電話番号 (_____)		
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(右に記入)				
	※認定調査は月～金(祝日除く)、開始時間9時～15時30分頃まで、所要時間は1時間程度です。 ※連絡先は月～金(祝日除く)の9時～16時くらいの間に連絡がつく電話番号を書いてください。				
調査連絡先		フリガナ _____ 続柄・関係 _____ 電話 (_____)			
氏名 _____		電話 (_____)			
④他に適用する制度 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労働災害補償 <input type="checkbox"/> 交通事故等第三者行為の損害補償 <input type="checkbox"/> 公費負担医療等(以下参照。該当するものを○で囲んでください。)					
感染症法・障害者総合支援法・戦傷病者特別援護法・被爆者援護法・特定疾患治療研究事業・先天性血液凝固因子障害等治療研究事業・茨城県神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害に係る緊急措置事業要綱・生活保護法					

医療保険・特定疾病 ※ 40歳から64歳までの被保険者のみご記入ください。

医療 保 険	保険者名		保険者番号	
	記号	番号	枝番	資格取得日
特定疾病の病名 (裏面参照)				

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、鈴鹿亀山地区広域連合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、鈴鹿亀山地区広域連合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。認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

本人氏名
(必ず記入)

代筆者氏名
(代筆の場合のみ記入)

チェック欄(この欄は記入しないでください)

在 新 在 継 施 新 施 継

※添付書類 : 介護保険被保険者証(第1号被保険者及び第2号被保険者)
健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかの写し(第2号被保険者のみ)
申請書の記入方法は、裏面を参照してください。

申請書の記入方法

① 被保険者欄

- ・介護保険の被保険者番号、氏名、住所等は、被保険者証から転記してください。
- ・「主治医」については、認定審査に必要な主治医意見書の作成を依頼するために記入いただきますので、心身の状況をよく知ってもらっている医師に相談し、主治医意見書の作成の了承をもらった上で、その医師の病院名及び氏名をお一人ご記入ください。
- ・受診状況についても、最終受診日や退院予定日等を詳しくご記入ください。
- ・「転入継続」・・・ご転入の方で前住所地で介護保険の認定を受けていた方はご転入から14日以内にお手続きされることによって、6か月間その介護度を引継ぐことができます。

② 手続代行者欄

- ・手続きを代行する場合、ご記入ください。
- また、ご家族、民生委員・成年後見人等が代理で手続きをされる場合もご記入ください。

③ 認定調査欄

- ・後日、認定調査のため調査員がご本人と面会いたします。先立って面会の日時等の相談を行いますので調査に伺う場所及び日程調整する方の連絡先等をご記入ください。
- 日中(平日9～16時頃まで)に連絡の取れる携帯電話等の電話番号のご記入にご協力をお願いします。

④ 他に適用する制度

- ・労働災害補償、交通事故等による第三者行為の損害賠償、公費負担医療等を受けている場合にご記入ください。他に適用する制度については、介護保険に優先して利用できる場合があります。

※医療保険欄及び特定疾病欄は、2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみご記入ください。

2号被保険者の方は、下記の病気(特定疾病)により介護が必要となった方が申請できます。

疾病に該当するかどうか不明な場合は主治医にご相談ください。

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は健康保険証、資格情報のお知らせ、資格確認書のいずれかの写しを添付するか、マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」を提示してください。

※特定疾病・・・早老症、後縦靭帯骨化症、脳血管疾患、脊柱管狭窄症、進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病、脊髄小脳変性症、関節リウマチ、慢性閉塞性肺疾患、筋萎縮性側索硬化症、閉塞性動脈硬化症、多系統萎縮症(シャイ・ドレーガー症候群等)、初老期における認知症、骨折を伴う骨粗しょう症、両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症、糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症(各疾病に関する状態に該当するものをいう)、がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)

※ 情報提供同意の本人署名欄

- ・要介護認定を受けた後に、介護サービス計画・介護予防サービス計画を作成するため、又はその他の高齢者福祉施策のために、調査内容等を居宅介護支援事業所や地域包括支援センター等に提示することの同意書です。

	被保険者 番号		
連絡事項	【認定調査は月～金(祝日を除く)開始時間9時～15時30分まで、所要時間は1時間程度です】		
	・(希望曜日)・いつでもよい ・月・火・水・木・金 (希望時間) 午前・午後 ・認定調査時に特に配慮すべき件、伝達事項があれば記入してください		
受付欄	被保険者証押印交付	済 → <input type="checkbox"/> 被保険者証添付有 <input type="checkbox"/> 窓口で手続者に直接返却 <input type="checkbox"/> 担当より郵送 有効期限→ 年 月 日と記入して返却 未済 → <input type="checkbox"/> 被保険者証添付無 <input type="checkbox"/> 被保険者証期限切れ回収	受領印