

# 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

赤字の部分は必ずご記入ください。

申請日 令和〇年〇月〇日

① 被保険者 (認定申請者)	介護保険被保険者番号	2070099999			個人番号	
	フリガナ	コウイキ タロウ			住所	〒513-0801 <input checked="" type="checkbox"/> 鈴鹿市 <input type="checkbox"/> 亀山市 神戸一丁目18番18号
	氏名	広域 太郎			電話	059 (999) 9999
	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明・大・昭 20年 1 月 1 日	要介護状態区分	<input type="checkbox"/> 1 <input checked="" 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)	介護の手間や状態変化の内容、利用等を詳しく記入してください。				
	主治医	医院・病院名	〇〇病院		主治医の氏名 (フルネームをご記入ください)	鈴鹿 一郎 医師
		所在地・電話番号	〒519-0152 亀山市本丸町577		主治医のフルネームをご記入ください。 主治医に介護保険の申請を行う旨を伝えましたか？ まだの場合は申請前に受診し主治医にご相談ください。	
		受診状況	通院中 (最終受診日 令和〇年〇月〇日)			
	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	認定を受けている	申請中 年 月 日申請	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5
	ご家族等が代理で申請する場合は必ずご記入ください。 不明点等あればこちらに記載された連絡先へ問い合わせる場合があります。	氏名	広域 花子 (続柄 妻)		電話	059 (999) 9999
電話番号	担当者氏名	住所		鈴鹿市神戸一丁目18番18号		
現在の本人の居所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (右に記入)	<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 入院等やむを得ない理由で居所が変わる場合は、至急鈴鹿亀山地区広域連合までご連絡ください。 TEL:059-369-3203				
調査連絡先	フリガナ 氏名	コウイキ ハナコ 広域 花子	続柄・関係	妻	電話	059 (999) 9999 090 (9999) 9999
④他に適用する制度	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 労働災害補償 <input type="checkbox"/> 公費負担医療等(以下参照)		日中にできるだけ連絡のつく電話番号をご記入ください。 こちらに記載された電話番号に認定調査の日程調整の連絡をします。			

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	〇〇健康保険組合			保険者番号	9999999
	記号	999	番号	999	枝番	99
	資格取得日	令和〇年〇月〇日				

特定疾病の病名 (裏面参照) **脳血管疾患**

65歳未満の方は医療保険・特定疾病欄も必ずご記入ください。  
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の添付または医療保険の資格情報画面の提示も必要です。

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) **広域 太郎** 代筆者氏名 (代筆の場合のみ記入) **広域 花子**

チェック欄(この欄は記入しないでください)

<input type="checkbox"/> 在新	<input type="checkbox"/> 在継	<input type="checkbox"/> 施新	<input type="checkbox"/> 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。

連絡事項	被保険者番号	
	<b>【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】</b> ・(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	受領印
	有効期限 →    年    月    日ご記入して返却 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	<b>認定調査の希望曜日・時間や、伝達事項等があれば、こちらにご記入ください。</b>