

介護保険要介護・要支援認定申請書

新規申請用

(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。

医療保険情報を記入してください。

介護保険 被保険者番号	2 0 7 0 9 9 9 9 9	個人番号									
医療保険 被保険者名	例) 三重県後期高齢者医療広域連合					保険者番号					
	記号	番号			枝番						
フリガナ	コウイキ タロウ				〒 513-0801 <input checked="" type="checkbox"/> 鈴鹿市 <input type="checkbox"/> 亀山市						
氏名	広域 太郎				住所	神戸一丁目 18番 18号 町 番地					
性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日	明・大・略 20年1月1日		電話	059(999)9999					
申請理由	新規申請・変更申請の場合は、申請の理由となる 介護の手間や状態変化の内容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 龜山市本丸町577									
	受診状況	院中 (最終受診日 令和〇年〇〇月〇〇日)・入院中									
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		申請中 (年月日) 申請	要支援 1・2	要介 1・2						
特定 疾病	※ 40歳から64歳までの被保険者のみ 特定疾病の病名 ()										
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"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他					<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 民生委員・成年後見人等 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 名称 電話番号	担当者氏名				氏名	広域 花子 (続柄 妻)				
						電話	059(999)9999				
						住所	神戸一丁目18番18号				
③ 認定 調査	現在の 本人の 居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外 (右に記入)	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(特養) <input type="checkbox"/> 介護老人 <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					
	調査立会 人の 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	
介護サービス計画・介護予防サービス計画の 定・要支援 括支援セ 事した調	日中できるだけ連絡のつく電話番号 を記入してください。 固定電話と携帯電話を両方記入 いただきますようお願いいたします。					その他の高齢者福祉施策のために必要があるときは、要介護認 審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、地域包 介護保険施設、主治医意見書を記載した医師、認定調査に從 します。 (必ず記入) 広域 太郎 者氏名 広域 花子 合のみ記入)					
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"/> 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											
赤字の部分は必ずご記入ください。										<input type="checkbox"/> 施新	<input type="checkbox"/> 施継

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、現在の認定、認定の有効期間、医療保険の保険者名、保険者番号、記号、番号等は、それぞれの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、定期的に受診しており、心身の状況をよく知ってもらっている医師の病院名及び氏名を、お一人ご記入ください。最近、医療機関を受診していない方は、医療機関を受診して、医師と相談してから申請してください。
- ・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。
- ・特定疾病欄は、2号被保険者(40歳から64歳までの方)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医療保険証の写しを添付してください。

※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)

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立会いいただく方の連絡先等をご記入ください。
日中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。

※ 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。

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。

連絡事項	被保険者番号		
	<ul style="list-style-type: none"> ・認定調査希望曜日(調査は月曜日から金曜日でお願いします。) ・いつでもよい ・希望曜日 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があれば記入してください ・そのほか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