

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

市川市長 次のとおり申請します。

申請区分 新規 更新 区分変更

要支援者の要介護新規 転入継続

受 付 者	受 付 印	記載上の注意事項 注意事項を確認の上、 申請書記載例参考に記入してください。

A 被保険者記載欄

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	A欄はすべて記入してください。 ①「被保険者番号」「前回の認定結果等」は 現在所持している被保険者証を見て記入 ②「性別」「年号」 該当を○で囲む。 障害者手帳の有無及び市川市重度障害者福祉手当の受給中 止の説明有無について必ず記載してください。	
	住所	〒272-8501 市川市八幡1-1-1		生年月日		明治・大正・ <input checked="" type="radio"/> 昭和 ○年 ○月 ○日
	フリガナ	カイゴ タロウ		年齢		○○ 歳
	氏名	介護 太郎 ☎ 047-334-1111		障害者手帳(有・無) 級		
	前回の認定結果等	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	市川市重度障害者福祉手当の受給中止の説明(有・無)			
	有効期間	○○年○月○日～○○年△月△日		前市町村での認定(有・無)		

B 第2号被保険者記載欄(40歳以上65歳未満の申請者記載欄) 医療保険証の写しを添付してください。

医療保険者名	記号番号及び被保険者番号等
特定疾病名	ホームページを参照するか、介護福祉課認定グループにお問い合わせください。

厚生労働省で定めた16種類の特定疾病に該当する65歳未満の方は必ず記入してください。
65歳以上は記入不要。

C 申請理由記載欄(更新申請は任意項目です。)

例1 足腰が弱くなり、転倒を繰り返し、常に見守りが必要な状態となったため要介護申請をした。	更新申請の場合の申請理由は任意項目となります。
例2 掃除や買い物が大変になった。手すりや住宅改修が必要なため、要介護申請に至った。	

D 主治医に関する記載欄

医療機関名	市川八幡病院	最終受診年月	① 主治医とは、被保険者(本人)の日頃の状態を、よく知っている医師のことです。 ② 主治医意見書は介護認定審査会の重要な資料となりますので、主治医(カネム)のフリガナ、診療科は記入漏れのないようお願いいたします。 ③ 最近、受診がない場合、必ず、受診してください。	
フリガナ	姓 ヤワタ 名 イチロウ	診療科		入院中・ <input checked="" type="radio"/> 通院 ○○年○月
主治医氏名	八幡 一郎	循環器科		通院の頻度 1ヶ月に1回
医療機関所在地	〒272-8501 市川市八幡10-10-10 ☎ 047-334-0000			

E 提出代行者記載欄(本人の代わりに申請する場合、記載してください。家族は押印不要。)

所在地・住所	〒272-9999 市川市八幡11-11-11	被保険者との関係	①「被保険者との関係」「連絡先電話番号」は必須項目。 ②地域包括支援センター(高齢者サポートセンター)、居宅介護支援事業所等が代行申請する場合は、事業者印を押印し、担当者名を必ず記入してください。 ③日程調整のための連絡先等記入してください。	
名称・氏名	行徳居宅介護支援事業者団 (介護保険法第27条1項に規定される事業者にあつては事業所印)	担当者名		居宅 太郎 ㊟
日程調整のための連絡先	氏名 介護 一郎	関係(長男)		☎ 090-0000-0000

F 署名に関する記載欄(下記内容に同意した場合、署名してください。)

介護(介護予防)サービス計画作成及び介護(介護予防)サービス受給のために必要があるときは、認定調査票、主治医意見書を居宅介護(介護予防)支援事業者、介護(介護予防)サービス提供事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師及び認定調査に従事した認定調査員に提示すること及び要介護認定又は要支援認定の有効期間内においては更新申請に係る介護保険要介護認定・要支援認定等延期通知書(様式第10号)について発送を行わないことに同意します。 本人(被保険者)氏名 介護 太郎

← 個人情報の取扱いについて記載されています。介護支援専門員などに情報提供することで介護サービス受給に役立つことが考えられます。

← 内容に同意した場合は、署名してください。

← 各個人に通知されております個人番号を記入してください

被保険者(本人)個人番号																			
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

裏面へつづく

被保険者番号	0000999999	被保険者名	介護 太郎	← 必須項目(両面の申請書のため)
--------	------------	-------	-------	-------------------

G 認定調査に関する記載欄

調査場所 住所地以外の場合	名称 介護老人保健施設〇〇〇〇 所在地 〒272-8501 市川市八幡11-11-11 病院 <input checked="" type="radio"/> 施設 <input type="radio"/> その他()	☎ 047-334-x x x x	① 調査場所 → 該当を○で囲んで、入院・入所の場合は入院・入所期間及び退院・転院・退所予定日を記入してください。 ② 認定調査当日立ち会う場合は立会人氏名、本人との関係、日中連絡可能な電話番号を記載してください。 ③ 暫定サービス利用状況、入院目的、調査時に配慮すべき事などを、事前に伝えていただくと、認定調査の参考になりますので記載してください。
入院・入所の期間	年 月 日 ~ 退院・転院・退所予定	年 月 日頃	
調査当日の立会い	有・無 立会いなしの場合は、本人と調整させていただきます。		
立会いする場合	立会人氏名 介護 一郎 (本人との関係) 長男 日中連絡可能な電話番号 ☎ 090-0000-0000		
認定調査前に事前に伝えておきたいこと(暫定サービス利用の有無、入院理由、調査時に配慮すべき事等) ※ がん末期の方は病名と告知の有無を必ず記載してください。 胃癌術後である。以前できていたことが最近出来なくなっている。			

事業担当者以外の調査	チェック		備考
		可(同一事業所・同一法人)	
		不可(別事業所委託)	