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。

申請区分は、区分変更または介護新規申請に■となっている。

A　被保険者記載欄

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	性別	男・女
	住所	〒272-8501 市川市八幡１－１－１	生年月日	明治・大正・昭和 〇年　〇月　〇日
	フリガナ	カイゴ　タロウ		年齢　〇〇　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　平成〇〇年〇月〇〇日～平成〇〇年△月△△日	前市町村での認定　（有・無）	

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」該当を〇で囲む。
※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。

B　医療保険情報記載欄（第２号被保険者は、医療保険情報がわかるものの写しを添付してください。）

医療保険者名				保険者番号		
医療保険記号及び番号等	記号		番号		枝番	
特定疾病名	※第２号被保険者（４０歳以上６５歳未満の申請者）のみ記載 特定疾病名はホームページ「１６疾病名一覧」を参照してください。					

Ｂ欄は、ご加入の医療保険に記載されている内容を記入してください。
（第１号・第２号被保険者ともに記載必須）
※６５歳未満の方のみ、厚生労働省で定めた 16 種類の特定疾病名の記入と医療保険情報がわかるものの写しを添付してください。

C　申請理由記載欄（更新申請は任意項目です。）

例）脳梗塞にて救急搬送され、現在自宅に戻ることを目標にリハビリを実施し、区分変更申請に至る。	更新申請の場合の申請理由は任意項目となります。

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
フリガナ	姓 ヤワタ　名 イチロウ	診療科 循環器科	入院中・通院 〇〇年〇月
主治医氏名	八幡　一郎		
医療機関所在地	〒272-8501 市川市八幡 10-10-10　☎ 047-334-0000		通院の頻度 1ヶ月に1回

① 主治医氏名は、被保険者（本人）の日頃の状態を、よく知っている医師を記載してください。
② 主治医のフリガナ、診療科は記入漏れのないようにお願いいたします。
③ 最近、受診がない場合は必ず、受診してください。

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。）

所在地・住所	〒272-9999 市川市八幡 11-11-11	被保険者との関係 居宅介護支援事業者
名称・氏名	行徳居宅介護支援事業者	☎ 047-334-9999 担当者名　居宅三郎
日程調整のための連絡先	氏名 介護　一郎　関係（長男）　☎ 090-0000-0000	

①「被保険者との関係」「連絡先電話番号」は必須。
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、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（ご家族又は担当ケアマネジャー等）を記入してください。

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。

← 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。

本人（被保険者）氏名　介護　太郎　← 内容に同意した場合は、必ず署名してください。

被保険者（本人）個人番号	

← 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。

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・施設・その他（　　）　☎ 047-334-××××		
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きている。

① 調査場所　→　該当を〇で囲んで、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。
④ 担当ケアマネからの申請時には、同一事業所での調査の可・不可の記入および別事業所への委託済み等を記入してください。（区分変更申請）

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