

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

受付印	←申請区分について、該当するいずれかの口にチェックを入れてください。
受付者	

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	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒272-8501	市川市八幡1-1-1	生年月日	明治・大正・昭和 ○年 ○月 ○日
	フリガナ	カイゴ タロウ	年齢	○○ 歳
氏名	介護 太郎		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)		前市町村での認定(有・無)
	有効期間	令和○○年○月○○日～令和○○年△月△△日		

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。

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) 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。
---	-------------------------

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	入院中・ <input checked="" type="radio"/> 通院
主治医氏名	八幡 一郎		循環器科	○○年○月
医療機関所在地	〒272-8501	市川市八幡10-10-10	通院の頻度	1ヶ月に1回
	☎ 047-334-0000			

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 情報提供等同意欄

以下の内容について同意します。

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(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、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、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こと(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。)及び要介護(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)の発送を行わないこと。

←個人情報の取り扱いについて記載されています。居宅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。

同意しない場合はチェックをつけてください。(その場合の必要な情報提供は本人が行います。)

←同意しない場合は、本人から介護事業者等へ情報提供が必要なため、同意がある場合と比較して介護サービス受給にお時間を要する場合があります。

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	名称	介護老人保健施設○○○	
住所地以外の場合	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-xxxx	
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	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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○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。

事業担当者以外の調査	チェック		備考
	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

担当ケアマネからの更新又は区分変更申請時には、同一事業所での調査の可・不可の記入及び別事業所への委託済み等を記入してください。