

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

藤 沢 市 長

□代

次のとおり申請します。

申請日	年 月 日	申請区分	□新規	☐ 認定を受けていない ☐ 要支援からの状態悪化 ☐ 事業対象者	☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 転入

転入申請時のみ記入	■現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい ・ いいえ （すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。）		申請日 年 月 日
	■転出元市町村名 【 】 ※介護保険証の発行元市町村名を記入してください。		

窓口に来た方	フリガナ		被保険者との関係	本人・配偶者・子・子の配偶者
	氏 名			その他（ ）
	住 所	〒 ー 電話番号（ ）		

提出代行者	☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 指定介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 指定介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院	所在地 名称 電話番号

委任欄 *本人以外が申請する場合に記入	私は、介護保険認定申請に関する手続きを、上記の者に委任します。 被保険者氏名（認定を受ける方）
------------------------	--

被認定を受ける方	被保険者番号	0 0 0	マイナンバー	
	フリガナ		性 別	明治 ・ 大正 ・ 昭和
	氏 名		男 ・ 女	生年月日 年 月 日
	住 所	〒 ー 電話番号（ ）		
	現在の介護状態区分等	事業対象	要支援（ 1 ・ 2 ） 要介護（ 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ） 認定有効期間 年 月 日から 年 月末	
	申請理由	※区分変更・要支援からの状態悪化の場合も必ず記入してください。 ☐ デイ・ヘルプサービス希望 ☐ 福祉用具利用希望 ☐ 病院からの勧め ☐ その他（ ）		

利用開始日	事業対象から新規申請する場合のみ記入してください。 ☐ 1 介護サービス利用開始予定日又は施設入所予定日等（ 月 日 予定）までの間、総合事業を利用します。（実際の介護サービス利用開始日は「居宅サービス計画作成依頼届出書」の「変更年月日」となります。） ☐ 2 認定申請日以降は、事業対象者として総合事業サービスを利用しません。
-------	--

入所中の方又は	医療機関名又は施設名		病棟 階 号室
	所在地	〒 ー 電話番号（ ）	入院・入所日（ 月 日） 退院予定日（ 月 日） ↳ ☐ 未定（ 週間程度）

主治医	医療機関名	□ 同上	医師氏名	氏 名
	所在地	〒 ー 電話番号（ ）		
	最終受診日 又は 受診予定日	年 月 日	___ 月・週 に___回 定期受診	

医療保険者番号		記号、番号及び枝番	
---------	--	-----------	--

<裏面もご記入ください>

<この枠内は第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。>

次の特定疾病の該当する番号に○をつけてください。

1 がん（末期）

2 関節リウマチ

3 筋萎縮性側索硬化症

4 後縦靱帯骨化症

5 骨折を伴う骨粗鬆症

6 初老期における認知症（アルツハイマー病等）

7 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

8 脊髄小脳変性症

9 脊柱管狭窄症

10 早老症

11 多系統萎縮症

12 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害

13 脳血管疾患（外傷性を除く）

14 閉塞性動脈硬化症

15 慢性閉塞性肺疾患

16 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

※第2号被保険者については、健康保険証の写しの添付をお願いします。

同意欄

介護保険事業適用期間中は、市で保管する当該事業に必要な情報及び当該事業の適正な運営を確保するために市が保管する国民健康保険被保険者番号及び後期高齢者医療被保険者番号並びに医療保険における給付内容等の情報を市長が利用することに同意します。

なお、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、要介護認定又は要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見並びに主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護支援専門員、介護保険施設の関係者、地域包括支援センター及び当該地域包括支援センターと委託契約した居宅介護支援事業者に提供することに同意します。

また、主治医意見書を記載した医師に介護認定審査会による判定結果及び意見並びに当該主治医意見書を提供することに同意します。なお、介護認定審査会による判定結果が非該当又は要支援1及び要支援2の場合、当該被保険者の相談等を担当する地域包括支援センターに要介護・要支援認定申請のあった旨及び当該申請書に基づく氏名・生年月日・住所・連絡先・介護保険被保険者番号を提供することに同意します。

被保険者との関係（

）

被保険者氏名（認定を受ける方）

代筆者氏名

<訪問調査にあたって必要な事項です。必ずご記入ください。>

訪問調査先
(本人の居所)

☐ 自宅

☐ 入所施設

☐ 入院先の病院→

☐ 退院後、自宅又は入所先での調査も可能

☐ その他（名称：

所在地：

）

調査時の立会

☐ なし（本人のみからの聞き取りで可）

☐ あり

→

フリガナ

氏名

本人との関係

家族（
ケアマネ・施設職員
その他（

）

日程調整の
連絡先

☐ 本人（認定を受ける方）

☐ 立会者（同上）

☐ その他

→

フリガナ

氏名

本人との関係

家族（
ケアマネ・施設職員
その他（

）

電話番号

※平日に連絡がとれる番号を記入してください。

①

-

-

②

-

-

家族同時
申請の場合

被保険者
番号

0

0

0

氏名

本人との
関係

【備考】

その他日程調整や調査実施にあたって留意して欲しいことがあればご記入ください。

（※ご本人様の体調により、急ぎ調査の必要があると判断される場合はご相談ください。）

受付

入力

作成

審査

読合

書写

本人確認

番号確認

保険証

同日届

免・住B・マイ・身
手
ケ証・他（

マイ・通力

有

☐再交付

健保・年金・住A
他（

住票・住基

無

☐居宅届

資格者証

☐郵送