

① 申請日

- ・申請書を提出する日を記入してください。
- ・郵送で提出の場合は**介護保険課に届いた日が申請日**になりますので、未記入のまま郵送してください。

② 申請区分

- 該当の申請区分にチェックを入れてください。
- ※ 現在要支援認定を受けている方が、状態悪化により見直しの申請をする場合は「☐新規」と「☐要支援からの状態悪化」にチェックをいれてください。

④ 窓口に来た方

- 提出代行が可能な事業所は、⑤に記入してください。

- ⑤の提出代行者以外の事業所は、「氏名」欄に事業所名を、「住所」欄に事業所の所在地・電話番号を記入してください。「被保険者との関係」欄は、「その他」に○をつけ、被保険者本人との関係を記入してください。
- なお、マイナンバーを記入する場合は、窓口に来た方の氏名を必ず記入してください。

⑤ 提出代行者

- 「提出代行者」欄に記載されている事業所が申請する場合は、該当の提出代行者区分にチェックを入れ、事業所の所在地・名称・電話番号を記入してください。

⑥ 委任欄

- 事業所申請の場合は、本人の記名が必要です。

⑩ サービス利用開始日

- 申請区分が「☐事業対象者」の方で、要介護認定結果が出るまで総合事業を利用する場合は、「☐1」をチェックしてください。介護サービスの利用開始予定日又は施設入所予定日も併せて記入してください。

⑪ 入院中又は施設に入所中の方

- 現在、病院に入院している方、施設等に入所している方は、施設名・所在地・電話番号・入院または入所日を記入してください。病院に入院中の方は、退院予定日を記入してください。未定の場合は、入院日からおおよその入院期間を記入してください。

第11号様式（第14条関係） 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書									
藤 沢 市 長 □代									
こ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 ☐ 更新 ☐ 要支援からの状態悪化 ☐ 区分変更 ☐ 事業対象者 ☐ 転入		申請日 年 月 日		
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。）								
☒ 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（ ）				
提出代行者	フリガナ				電話番号	()			
	氏 名				住 所	〒 ()			
被保険者（認定を受ける方）	フリガナ				所在地	〒 ()			
	氏 名				電話番号	()			
委任欄	私は、介護保険の申請に関する手続きを、上記の者に委任します。				私は、介護保険の申請に関する手続きを、上記の者に委任します。				
	*本人以外が申請する場合に記入				被保険者氏名（認定を受ける方）				
被保険者（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	男・女			
被保険者（認定を受ける方）	氏 名				生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日			
	住 所	〒 ()			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）							
	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 ☐ その他（ ）				
利用開始日	☒ 事業対象者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。								
医療機関名又は施設名	医療機関名又は施設名				病棟	階 号			
	所 在 地	〒 ()			電話番号	()			
主治医	医 療 機 関 名	□ 同上			医師氏名	氏 名			
	所 在 地	〒 ()			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								

記入のしかた＜事業所＞

③ 転入申請時のみ記入

住所異動等で転入前の市町村から要介護認定の引継ぎをする場合のみ記入が必要です。

⑦ 被保険者（認定を受ける方）

被保険者番号・氏名・生年月日・性別・住所・電話番号を記入してください。

マイナンバー

マイナンバーを記入する場合、窓口に来た方の本人確認書類と社員証の提示が必要です。

郵送で提出の場合も、窓口に来た方（申請者）または提出代行者の本人確認書類と社員証が必要になりますので、写しを同封してください。

マイナンバーが記入できない場合は、未記入のまま提出できます。確認書類の添付は不要です。

⑧ 現在の介護状態区分等

現在の状態区分に○を付け、要支援及び要介護の方は有効期間を記入してください。

⑨ 申請理由

申請理由を必ず記入してください。（複数チェック可）

⑫ 主治医

かかりつけの医師の、医療機関名・医師の氏名（フルネーム）・所在地・電話番号・最終受診日（又は受診予定日）、定期受診の予定を記入してください。申請の前後1か月以内に医療機関を受診していない場合、医師による「主治医意見書」の記入が難しいことがありますので、あらかじめ主治医に確認してください。

※ 2号被保険者は、16の特定疾病の診断名を記載できる医師を記入してください。

※ 決まった主治医がいない場合は、医療機関に受診し、主治医を決めた上で申請してください。

⑬ 医療保険者番号

加入している医療保険の保険者番号等を記入してください。記号や枝番は、記載がない場合は記入不要です。

＜裏面もご記入ください＞

14 第2号被保険者の方

第2号被保険者(40歳から64歳の方)のみ記入してください。

該当する**特定疾病**に○を付けてください。

医療保険被保険者証(健康保険証)の写しを添付してください。

16 訪問調査先

現在の本人の居所にチェックを入れてください。

本人の生活の状況・環境を確認するため、**居住地以外での調査は原則行いません。**

住民登録地以外の場所に居住している場合は、「**□その他**」欄に居住地を記入してください。

例) ☒ その他 名称: 藤沢太郎(息子)宅
所在地: 横浜市○○1ー1

例) ☒ その他 名称: ○○ケアホーム(ショートステイ)
所在地: 藤沢市○○1ー1

17 調査時の立会

立会者の有無を記入してください。

立会「あり」の場合は、立会者氏名と被保険者本人との関係を記入してください。

18 日程調整の連絡先

調査に何う日時を事前に電話で調整します。**17の立会者と日程調整をする際の連絡先**を記入してください。

本人・立会者以外の方に連絡する場合は、その方の氏名と本人との関係を記入してください。**また、本人・立会者以外の方が連絡先の場合、連絡先の方から立会者の方に日程を伝えてもらえるか確認し、その旨を備考欄に記入してください。**

19 家族同時申請

申請者の家族も同時に申請する場合は記入してください。

＜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○を付けてください。									
1 がん(未分化)					9 脊柱管狭窄症				
2 関節リウマチ					10 早老症				
3 筋萎縮性側索硬化症					11 多系統萎縮症				
4 後縦靱帯骨化症					12 糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症、糖尿病性神経障害				
5 骨折を伴う骨粗鬆症					13 脳血管疾患(外傷性を除く)				
6 初老期における認知症(アルツハイマー病等)					14 閉塞性動脈硬化症				
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					15 慢性閉塞性肺疾患				
8 脊髄小脳変性症					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等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()					代筆者氏名				
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 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 氏名: 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) 氏名: 氏名: 本人との関係: 家族() ケアマネ・施設職員 その他()								
	☐ その他 氏名: 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	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			

15 同意欄

内容を確認し、「**認定を受ける方**」の記名をしてください。

※代筆の場合は、被保険者から同意を受けたことを確認し、代筆者氏名・被保険者との関係を記入してください。

※本人の自署の場合は、代筆者氏名・被保険者との関係を省略できます。

なお、同意をしないこともできますが、その場合は、個人情報の提供について、その都度サービスを利用される本人と事業者等との間でおこなっていただくことが必要になります。

20 備考欄

調査の日程調整の連絡や調査実施にあたって、留意することがある場合や、申請受付時に聞き取りした内容があれば、記入してください。

早めの調査を希望する、という申し出があった場合は、理由も記入してください。

(例)
「体調悪化により**予後不良**のため、調査急いでほしい」
「月・木は受診のため不在です。」
「不在時は留守番電話にメッセージをいれてください。」
「**病名を本人に未告知**のため、調査時注意してください。」
「○月○日脳梗塞により入院、退院後は在宅で生活予定のため、住宅改修希望」
「長男夫婦と同居だが、就労のため、日中は独居。デイサービス利用希望」...等

＜申請に必要なもの＞

・介護保険被保険者証

介護保険被保険者証が見つからない場合は、**再交付申請書**を添付してください。

・医療保険被保険者証

※第2号被保険者(40～64歳)は申請区分に関わらず健康保険証の写しを添付してください。

※第1号被保険者は申請書への番号等の記入のみで、健康保険証の添付は不要です。

◆ マイナンバーを記入する場合

・社員証

・来庁者の本人確認書類

(運転免許証、パスポート、介護支援専門員証、等)