

介護保険の認定申請とは？

…日常生活を送る上で身の回りの様々なことに不安があり、**介護のサービス利用を希望する**、等の場合に申請していただくものです。

① 申請日

申請書を提出する日を記入してください。
郵送で提出する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。

④ 窓口に来た方

窓口で申請書を提出される方(家族等)の氏名・住所・電話番号・被保険者との関係を記入してください。申請者が本人の場合は、住所・電話番号の記入は不要です。

⑥ 委任欄

本人以外が申請する場合は、本人の記名が必要ですが、マイナンバーの記入がなければ、未記入のまま提出できます。

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認定を受ける方のマイナンバーの確認書類が必要です。郵送で提出する場合は写しを同封してください。
記入しない場合は、確認書類は不要です。

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									
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 ☐ 更新 ☐ 要支援からの状態悪化 ☐ 区分変更 ☐ 事業対象者 ☐ 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) ☒ 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				電話番号	()			
提出代行者	フリガナ				所在地	〒 ()			
	氏 名				電話番号	()			
委任欄	☐ 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								
	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)								
(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			
	氏 名				生年月日	明治・大正・昭和			
	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)			
利用サービス開始日	☐ 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				病棟	階			
入院中又は施設に入所中の方	所 在 地				入院・入所日(月 日)	退院予定日(月 日)			
	所 在 地				氏 名	氏 名			
主治医	医 療 機 関 名				電話番号	()			
	所 在 地				最終受診日又は受診予定日	年 月 日			
医療保険者番号				記号、番号及び枝番					

記入のしかた<本人・家族等>

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。

◆初めて申請をする方、または認定の有効期間が切れている方

→ 「☒新規」と「☒認定を受けていない」

◆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

→ 「☒新規」と「☒要支援からの状態悪化」

◆現在、事業対象者の方が申請する場合

→ 「☒新規」と「☒事業対象者」

◆現在の認定有効期間満了後も、サービスの利用を継続したい方

→ 「☒更新」 ※有効期間が切れる60日前から申請できます。

◆要介護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

→ 「☒区分変更」

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。

⑤ 提出代行者

記入は不要です。

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 後縦靭帯骨化症	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	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	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）	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（				
	☐ 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 免・住B・マイ・身手 ケ証・他（	番号確認 マイ・通力	保険証 有	同日届 ☐ 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に記入してください。

早めの調査を希望する場合は、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。」

...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コピーを添付してください。

◆ マイナンバーを記入する場合

・被保険者本人の**マイナンバー**が確認できる書類
(通知カード、マイナンバーカード等)

・来庁者の本人確認書類

(運転免許証、パスポート、等)

◆ 成年後見人が申請する場合

認定を受ける方の成年後見人であることがわかる証明書
(登記事項証明書等 ※コピー可)