

認定申請書の書き方について

記入には、必ずボールペンなどの消えないペンを使用してください。

該当する申請項目に V 印をつけてください。

※変更とは・・・

○「区分変更」とは、要介護又は要支援の認定を受けている方が、現在の認定の期間中に同じ区分の中で介護度の変更を申請する場合です。

例1) 要介護1の認定の方が、要介護2から要介護5までの介護度への変更を申請する場合

例2) 要支援1の認定の方が、要支援2への変更を申請する場合

○「要介護への新規」とは、要支援の認定を受けている方が、要介護への変更を申請する場合です。

例) 要支援2の認定の方が、要介護1から要介護5までの介護度への変更を申請する場合

○「要支援への新規」とは、要介護の認定を受けている方が、要支援への変更を申請する場合です。

例) 要介護3の認定の方が、要支援1又は要支援2の介護度への変更を申請する場合

新規・変更申請時は「申請理由」欄もご記入ください。

加入している医療保険について、該当するものを○印で囲んでください。下欄の記号・番号・枝番・保険者番号も記入し、医療保険証の提示または写しの添付をお願いします。

40歳以上65歳未満の人(第2号被保険者)は必須です。

65歳以上の方で、本人の認知能力の低下等により、記載できない場合は、空欄でも受け付けさせていただきます。(提示または写しの添付も不要です。)

調査員が訪問調査に伺いますので、申請時点で実際に生活しておられる場所を○印で囲んでください。その中で、「入院中又は入所中」「その他」を選択される場合は、直下の欄に病院・施設名又は親族名を含む調査場所の情報を記入してください。

市役所から主治医の先生に直接連絡し、要介護認定に必要な意見書の提出をお願いしますので、必ず記入してください。

最近受診されていない方は意見書を書くことができません。近日中に医療機関で診察を受けてください。更新申請・変更申請時も診察を受けてください。

訪問調査時、立会いをしていただける方に連絡をいたしますので、記入してください。

本人、家族、民生委員の方等が申請される場合は、氏名・住所・電話番号(昼間に連絡可能な電話番号)・被保険者との関係を記入してください。

代行業者が申請される場合は、事業者名・所在地・電話番号を記入し、事業者種別を選択してください。

※40歳以上65歳未満の人(第2号被保険者)のみ

40歳以上65歳未満の人(第2号被保険者)のみ、下記の特定疾病のうち、該当するものを記入してください。

…特定疾病…

- 初老期における認知症
- 脳血管疾患
- 筋萎縮性側索硬化症
- 関節リウマチ
- 脊髄小脳変性症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- 多系統萎縮症
- 骨折を伴う骨粗鬆症
- 後縦靭帯骨化症
- 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
- がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。)

より充実したケアプラン作成やサービス提供を行うために、ケアマネージャーや主治医等に情報を提示する場合があります。それ以外の目的に使用することはありません。ご理解のうえ、自署もしくは記名押印くださいますようお願いいたします。

介護保険被保険者番号、個人番号(マイナンバー)について記入ください。

本人の認知能力の低下等により、記載できない場合は、空欄でも受け付けさせていただきます。

※個人番号を記載いただきました場合には、裏面の確認書類の提示が必要となりますので、ご確認ください。

この欄は記入しないでください。

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

加古川市長様
次のとおり申請します。

受付・申請日

必須 新規 更新 変更 区分変更 要介護への新規 要支援への新規 転入等

①介護を必要としておられる方について記入してください。

氏名	加古川 太郎	生年月日	大正 昭和 20年 6月 10日	性別	男・女			
住民票の住所	〒675-0031 加古川市加古川町北在家2000							
電話番号	079-421-2000							
申請理由(新規・変更申請時)	例) 1人暮らしのため、食事の準備を手伝ってほしい。等							
医療保険	保険者名	国民健康保険(加古川市) <input checked="" type="checkbox"/> 兵庫県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他()						
<input type="checkbox"/> 提示 <input type="checkbox"/> 写し	記号	0000	番号	0000	枝番	00	保険者番号	0000

※医療保険証を提示、もしくは写しを添付してください。(40歳～64歳の第2号被保険者は必須)

②訪問調査場所(実際に生活しておられる場所)について記入してください。

訪問調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票住所と同じ	<input type="checkbox"/> 入院中又は入所中	<input type="checkbox"/> その他(親族宅・高齢者住宅等)
--------	--	-----------------------------------	--

※「入院中又は入所中」、「その他」を選択した方は以下も記入してください。

病院・施設名	親族名	入院中の方	病棟	入院	年	月	日から
住所	電話番号	階	号室	入所期間	年	月	日まで
				退院・退所は未定			

③主治医(今回、介護保険の意見書を書いていただく医師)について記入してください。

医療機関名	〇〇〇〇病院	医師名	安心 太郎	受診	〇年 〇月 〇日	
所在地	〒675-0031 加古川市加古川町北在家〇〇-〇〇		電話番号	079-427-****	次回	△年 △月 △日

④訪問調査の立会者について記入してください。

立会者氏名	鹿児 華子	電話番号	079 (421) ****
被保険者との関係	本人の子	携帯電話	090 (****) ****
連絡事項	例) 14時以降だと連絡が付きやすいです。 / 水曜日は都合が悪いです。等		

⑤申請者について記入してください。

氏事業者名	鹿児 華子	被保険者との関係	子	事業者種別	いずれかに○ 1. 居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 地域包括支援センター 6. 地域密着型介護老人福祉施設
住所	〒675-0031 加古川市加古川町北在家〇-〇-〇		電話番号	079-421-****	

40歳～64歳の方(第2号被保険者)は右欄に特定疾病を記入してください。

特定疾病名	
-------	--

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」及び「主治医意見書」を加古川市から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、介護保険施設の関係人、主治医意見書に記載した医師に提示することに同意します。なお、認定更新申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

介護保険被保険者番号

個人番号(マイナンバー)

本人氏名 加古川 太郎

市記入欄	前回申請区分	新・更	区	要	転入等								
前歴	自立	支1	支2	1	2	3	4	5	受付	月	日	入力	照合
前回の有効期間	年	月	日	～	年	月	日	保険料滞納	有	無			

個人番号記載時における必要書類

個人番号(マイナンバー)欄に個人番号を記載する場合は、下記(1)、(2)の確認書類が必要です。
加古川市役所介護保険課、各市民センター、東加古川市民総合サービスプラザの窓口にて申請する場合は、
原本を提示してください。

郵送にて申請する場合は各書類の写しを添付して送付ください。

(1)被保険者本人(申請書①に記載のある方)の番号確認書類

被保険者本人の個人番号カードまたは通知カード、
本人の個人番号が記載された住民票など 1点

(2)申請者(申請書⑤に記載のある方)の身元確認

・個人番号カードや運転免許証など、氏名・生年月日・住所が記載された
公的な顔写真付証明書 1点

または

・介護保険被保険者証、公的医療保険の被保険者証、年金手帳など、
氏名・生年月日及び住所が記載された公的な証明書(顔写真なし) 2点

※個人番号(マイナンバー)の記載がなくても申請は受け付けております。