

認定申請書の書き方について

太枠内は必ずご記入ください。

※1 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

医療保険の欄に加入している医療保険について、該当しているものを○で囲んでください。
下欄の記号・番号・枝番・保険者番号を記入し、医療資格情報の提示またはコピーの提出をお願いします。
詳しくは裏面をご参照ください。

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。医師名はフルネームをお願いします。
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、住所・事業者名・電話番号を記入し、事業者種別を選択してください。

※2 40歳以上65歳未満の人(第2号被保険者)

医療保険資格情報の確認が必要です。裏面記載の方法により提示または提出ください。

特定疾病名…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
 - 後縦靱帯骨化症
 - 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、①介護を必要としておられる方ご本人のお名前を署名くださいますようお願いいたします。

個人番号(マイナンバー)、被保険者番号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。
※個人番号を記載頂きました場合には、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。

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。

新規・変更申請時は「申請理由」欄もご記入ください。

※2 必須

※2 必須

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。

☒新規

☐更新

☐変更

☐区分変更※1

☐支援内区分変更

☐要介護への新規

☐転入等

☐要支援への新規

受付・申請日

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。

ふりがな

かこがわ たらう

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 所 住

〒 675 - 8501
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、家事を手伝ってほしい。 等

医 療 保 険

保険者名

国民健康保険(加古川市)・兵庫県後期高齢者医療保険・その他()

☒提示 ☐写し

記号

〇〇〇〇

番号

〇〇〇〇

枝番

〇〇

保険者番号

〇〇〇〇

※40歳～64歳の第2号被保険者は、医療保険資格情報の提示できる物の提示、または写しの提出が必要となります。

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

住民票住所と同じ ・ 入院中又は入所中 ・ 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

〇〇〇〇病院

入院中の方
☐障 ☐病棟 ☐号室

★ 年 ★ 月 ★ 日 から

住 所

〒 675 - 0031
加古川市加古川町北在家〇〇-〇〇

電話番号

(079-427-****)

☐ ☆ 年 ☆ 月 ☆ 日 まで

☐ 退院又は退所は未定

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
(フルネーム)

安心 太郎

最終受診日

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-****)

次回予定日

△ 年 △ 月 △ 日

④訪問調査の立会者について記入してください。

ふりがな

かこ はなこ

立会者氏名

鹿兒 華子

電話番号

079 (421) ****

携帯電話

090 **** *

被 保 険 者
との 関 係

本人の子

居住地

本人と同居・別居(市内・県内・県外)

連 絡 事 項

例) 14時以降だと連絡つきやすいです。／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。

ふりがな

かこ はなこ

氏 名

鹿兒 華子

被保険者との関係

子

事業者名

子

住 所 所 在 地

〒 675 - 0031
加古川市加古川町北在家〇-〇-〇

電話番号

(079-421-****)

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

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、要介護認定・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、加古川市が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、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、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審査に従事した審査員に提示する(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。)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

前同申請区分

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

医療保険資格情報確認について

令和6年12月2日以降、現行の健康保険証の発行が終了し、マイナ保険証を基本とする仕組みに移行します。これに伴い、要介護認定等申請時の第2号被保険者の医療保険資格情報は、以下の方法により確認します。

(1) マイナ保険証を保有している場合(以下の書類等の提示、またはコピーの提出)

- ・資格確認書
- ・資格情報のお知らせ
- ・自身のスマートフォン等でマイナポータルにアクセスして医療保険の被保険者資格情報が表示された画面
- ・マイナポータルからダウンロードした医療保険の資格情報画面

(2) マイナ保険証を保有していない場合(以下の書類等の提示、またはコピーの提出)

- ・資格確認書

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 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。