

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

安城市長

次のとおり申請します。

＜注意＞ 1 必要項目全てを記入してください。

2 申請時は介護保険被保険者証を添付してください。

|                 |                |               |    |  |  |    |      |  |  |    |      |                                                                                                                                                                                                              |                    |  |  |
|-----------------|----------------|---------------|----|--|--|----|------|--|--|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--|
| 介護保険被保険者番号      |                | 0000000000    |    |  |  |    |      |  |  |    |      | 申請年月日                                                                                                                                                                                                        | 令和00年 00月 00日      |  |  |
| 被保険者            | 医療保険           | 愛知県           |    |  |  |    |      |  |  |    |      | 個人番号                                                                                                                                                                                                         | 123456789000       |  |  |
|                 | 被保険者等          | 記号            | 99 |  |  | 番号 | 9999 |  |  | 枝番 | 9    |                                                                                                                                                                                                              |                    |  |  |
|                 | フリガナ           | アンジョウ タロウ     |    |  |  |    |      |  |  |    |      | 生年月日                                                                                                                                                                                                         | 昭和00年 00月 00日      |  |  |
|                 | 氏名             | 安城太郎          |    |  |  |    |      |  |  |    |      | 性別                                                                                                                                                                                                           | 男                  |  |  |
| 住所              | 〒446-8501      |               |    |  |  |    |      |  |  |    | 電話番号 | ( 0566 ) 76 - 1111                                                                                                                                                                                           |                    |  |  |
|                 | 愛知県安城市桜町18番23号 |               |    |  |  |    |      |  |  |    |      |                                                                                                                                                                                                              |                    |  |  |
| 現在の施設等への入所・入院状況 | 施設名            | 安城市役所病院       |    |  |  |    |      |  |  |    |      | <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 特定施設等 |                    |  |  |
|                 | 所在地            | 〒446-8501     |    |  |  |    |      |  |  |    |      | 電話番号                                                                                                                                                                                                         | ( 0566 ) 00 - 0000 |  |  |
|                 | 入院(所)日         | 令和00年 00月 00日 |    |  |  |    |      |  |  |    |      | 〔 北 病棟 3 階 301 号室〕                                                                                                                                                                                           |                    |  |  |
|                 | 手術             | 有 00月00日      |    |  |  |    |      |  |  |    |      | ・ 無 退院予定日 00月 00日 ・ 未 定                                                                                                                                                                                      |                    |  |  |

|              |                                                                                                                                                 |                      |      |                         |
|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|------|-------------------------|
| 前回の要介護認定の結果等 | 状態区分                                                                                                                                            | 要支援 ( )<br>要介護 ( 1 ) | 有効期間 | 平成00年00月00日～令和00年00月00日 |
| 申請理由         | <input type="checkbox"/> ヘルパー、通所介護等のサービスを希望 <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具貸与等を希望                                                            |                      |      |                         |
|              | <input checked="" type="checkbox"/> 状態が変化 <input type="checkbox"/> 更新のため <input type="checkbox"/> その他 ( )                                       |                      |      |                         |
| 認定後のサービス利用   | <input checked="" type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない |                      |      |                         |

|       |     |                                                                                                                                                                                                                              |  |          |                    |  |
|-------|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|--------------------|--|
| 申請者   | 氏名  | 安城次郎                                                                                                                                                                                                                         |  | 被保険者との続柄 | 次男                 |  |
|       | 住所  | □被保険者と同じ 〒446-8501                                                                                                                                                                                                           |  | 電話番号     | ( 0566 ) 71 - 2257 |  |
| 提出代行者 | 名称等 | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター<br>担当者名 [ ] |  |          |                    |  |
|       | 所在地 | 〒 -                                                                                                                                                                                                                          |  | 電話番号     | ( ) -              |  |

|     |         |           |  |                                                                                                                                      |                    |  |
|-----|---------|-----------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| 主治医 | 医療機関名   | 安城市役所病院   |  | 医師氏名                                                                                                                                 | 安城三郎               |  |
|     | 所在地     | 〒446-8501 |  | 電話番号                                                                                                                                 | ( 0566 ) 00 - 0000 |  |
|     | 最終受診日   | 年 月 日     |  | 今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。<br><input checked="" type="checkbox"/> 了承している。 → 必ず主治医の了承を得てください。<br><input type="checkbox"/> 了承していない。 |                    |  |
|     | 次回受診予定日 | 年 月 日     |  |                                                                                                                                      |                    |  |

▼ 以下は、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。◎裏面参照

|       |                                |
|-------|--------------------------------|
| 特定疾病名 | (40歳から64歳までの医療保険加入者のみ記入) 脳血管疾患 |
|-------|--------------------------------|

▼ 以下は更新申請の場合で、希望の場合は記入してください。

|                                         |                               |                                |
|-----------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| 現在の有効期間内に認定がされる場合、認定延期の通知をしないことに同意しますか。 | <input type="checkbox"/> 同意する | <input type="checkbox"/> 同意しない |
|-----------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|

|                                                                                                                                                                                 |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| 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・要支援認定に係る調査内容、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、安城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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。 |      |
| 本人(被保険者)氏名                                                                                                                                                                      | 安城太郎 |

■裏面もご記入ください。

|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               |        |        |           |       |
|----------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------|-----------|-------|
| 受付可否の確認<br>(いずれか1点)                                            | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 被保険者本人の身分証<br><input type="checkbox"/> 法廷代理人(登記事項証明書等)<br><input type="checkbox"/> 任意代理人(委任状) <input type="checkbox"/> 包括・居宅介護支援事業所<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 受付者                                                                                                                                                                                                                                                           | 意見書手数料 | 調査日時   | 年 月 日 ( ) |       |
|                                                                | 身元の確認<br>(顔写真のないものは2点以上で確認)                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br><input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート<br><input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証<br><input type="checkbox"/> 身分証明書(地域包括支援センター)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) | 調査依頼   |        | 施設依頼      | AM・PM |
| 被保険者証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証発行<br>医療保険の資格情報確認(2号被保険者) |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               | 調査予定   | システム入力 | 調査員       |       |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                               | 連絡事項   |        |           |       |
|                                                                |                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> 同意なし <input type="checkbox"/> 2号<br><input type="checkbox"/> 末期 <input type="checkbox"/> 窓口受取                                                                                                                                        |        |        |           |       |

※点線以下、事務処理欄

表面の記入要領(以下の①～⑨を参考にご記入ください)

- ① 希望の申請区分について、チェックしてください。
- 初めて申請する方、前回非該当の方又は介護認定の有効期限を過ぎて申請される方 ➡ 「新規」にチェック
  - 要支援1又は2の方で状態変化に伴って要介護1以上を希望の方 ➡ 「要支援者の要介護新規申請」にチェック
  - 有効期限日が近づき更新申請をする方 ➡ 「更新」にチェック
  - 要介護1～5の方で状態変化に伴って介護度の変更を希望する方 ➡ 「区分変更」にチェック
  - 要支援1又は2の方で状態変化に伴って要支援区分内で変更を希望する方 ➡ 「区分変更」にチェック
  - 他市区町村等から安城市に転入されてこられた際の申請の方 ➡ 「転入」にチェック

- ② 申請年月日と被保険者本人(介護認定を受けたい人)の情報を記入してください。
- 申請年月日 ➡ 申請書を提出する年月日を記入
  - 介護保険被保険者番号 ➡ 介護保険被保険者証に記載の10桁の番号を記入
  - 個人番号 ➡ マイナンバーカードに記載の個人番号を記入(申請時に個人番号がわかる書類の提示が必要)
  - 医療保険 ➡ 医療保険情報を記入(後期高齢者医療保険のみ記号と枝番は記入不要)
  - 被保険者本人(介護認定を受けたい人)の氏名、生年月日、性別、住民票上の住所、電話番号を全て記入

- ③ 被保険者本人の入院(入所)状況等について、記入してください。
- 現在の施設等への入所・入院状況 ➡ 入院、入所中の場合は「有」、在宅の場合は「無」に○を記入
  - 「有」に○を記入した場合のみ、以下のア～カを記入
    - ア 施設名 ➡ 入院・入所中の施設名を正式名称で記入
    - イ 入院・入所施設の区分 ➡ 記入した施設に該当する区分にチェック(不明の場合はチェック不要)
    - ウ 所在地 ➡ 住所、電話番号等を記入
    - エ 入院(所)日 ➡ 入院(所)日と入院(所)中の病棟、階、部屋番号を記入
    - オ 手術 ➡ 施設に入院(所)時に手術があった又は予定されている場合は「有」に○を記入し、日付を記入。無い場合は「無」に○を記入
    - カ 退院予定日 ➡ 退院予定日が決まっていれば月日を記入。決まっていない場合は「未定」に○を記入
- ※ショートステイ先、入院・入所予定施設は裏面に記入

- ④ 初めて申請する方以外は前回(現在)の要介護認定の結果等を記入してください。
- 状態区分 ➡ 対応する状態区分の横の( )内に数値を記入(※)
  - 有効期間 ➡ 前回認定時の有効期間を記入(※)  
※不明の場合は記入不要。

- ⑤ 今回の申請理由と介護サービスの利用予定について、該当項目をチェックしてください。
- 申請理由 ➡ 該当項目をチェック(複数選択可)
  - 認定後のサービス利用 ➡ 該当項目をチェック

- ⑥ 申請者の情報を記入してください。
- 申請者が本人又はご家族等の場合は、「申請者」欄に氏名等を記入してください。
- 氏名 ➡ 申請者氏名を記入(申請者が被保険者本人の場合は「本人」と記入)
  - 被保険者との続柄 ➡ 被保険者に対する続柄を記入(申請者が被保険者本人の場合は記入不要)
  - 住所 ➡ 住民票上の住所と連絡先電話番号を記入(被保険者と同じ場合は「被保険者と同じ」にチェック)

- 介護保険法に基づく代行申請を行う場合は、「提出代行者」欄に名称等を記入してください。
- 名称等 ➡ 区分にチェックの上、事業者名等を記入
  - 担当者名 ➡ 担当者名を記入(窓口等への提出者と担当者が違う場合は提出者名も記入)
  - 所在地 ➡ 住所と電話番号を記入

- ⑦ 主治医意見書を作成していただく主治医氏名等を記入してください。
- 介護認定には、主治医意見書という書類が必要となります。そのため、この意見書の作成を依頼したい主治医について、以下の(1)～(6)のご記入をお願いします。
- 医療機関名 ➡ 主治医が所属する病院、クリニック名等を記入
  - 医師氏名 ➡ 医師氏名を記入(必ずフルネームで記入)
  - 所在地 ➡ 医療機関の住所、電話番号を記入
  - 最終受診日 ➡ 最後に受診された日を記入(入院中の場合は記入不要)
  - 次回受診予定日 ➡ 次回の受診予定日を記入(入院中の場合は記入不要)
  - 主治医の了承 ➡ 事前に主治医に介護認定の申請について相談し、主治医意見書作成の了承を得た上で「了承している」にチェック
- ※主治医が主治医意見書の作成を了承していることが申請受付の必要条件です。

- ⑧ 第2号被保険者(40歳～64歳までの方)は、特定疾病名を記入してください。
- 申請書裏面の「特定疾病一覧」を参考に特定疾病名を記入

- ⑨ 情報の閲覧等に同意いただける場合は、被保険者本人の署名をお願いします。
- 枠内の説明をお読みいただき、同意をいただける場合に「本人(被保険者)氏名」横に被保険者本人が署名(※)

※被保険者本人の状態により本人署名が困難な場合は、被保険者本人に同意の確認の上で、被保険者本人の介護保険被保険者証を管理している者が代理で記入も可