

# 介護保険 要介護(要支援)認定申請書

※交付年月日が最新の介護保険被保険者証の原本を添付してください  
介護保険被保険者証を添付できない場合は、裏面も記入してください

船橋市長 あて  
次のとおり申請します

年 月 日

|        |   |   |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       |   |  |    |       |    |  |
|--------|---|---|---|---|---|------|----|---|-----------------------------------|------|-------|---|--|----|-------|----|--|
| 申請区分   | <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護への変更 <input type="checkbox"/> 転入継続 |   |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       |   |  |    |       |    |  |
| 被保険者   | 介護保険被保険者番号  |   |   |   |   |      |    |   |                                   | 医療保険 | 保険者名  | <input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療広域連合<br><input type="checkbox"/> 船橋市(国民健康保険)<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |    | 保険者番号 |    |  |
|        | フリガナ  |   |   |   |   |      |    |   |                                   |      | 被保険者証 | 記号  |  |    |       | 番号 |  |
|        | 氏名  |   |   |   |   |      |    |   | 男・女                               |      |       |   |  | 枝番 |       |    |  |
|        | 生年月日  | 明・大・昭   | 年 | 月 | 日 | (    | 歳) | 個人番号  | 個人番号を記入する場合、番号確認書類と身元確認書類の提示が必要です |      |       |   |  |    |       |    |  |
|        | 住所  | 〒 - ※アパート・マンション名まで記入してください  |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       | 電話番号 ( )  |  |    |       |    |  |
|        | 入院・入所施設   | 病院・施設等の名称   |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       | (入院中の場合) 病棟 号室  |  |    |       |    |  |
|        |   | 所在地 〒 -   |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       | 入院(入所)日 年 月 日   |  |    |       |    |  |
|        |   |   |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       | 退院(退所)予定日 年 月 日   |  |    |       |    |  |
| 現在認定区分 | 要支援 1・2    要介護 1・2・3・4・5  |   |   |   |   | 申請理由 |    | 例: デイサービスの利用を検討しているため<br>(区分変更の場合)骨折により状態悪化したため |                                   |      |       |   |  |    |       |    |  |
| 認定有効期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日   |   |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       |   |  |    |       |    |  |
| 転入継続の方 | 転出元自治体名   | 現在、転出元自治体に要介護(要支援)認定を申請中ですか<br>(すでに認定結果を受け取っている場合→「いいえ」)<br><input type="checkbox"/> はい(申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ |   |   |   |      |    |   |                                   |      |       |   |  |    |       |    |  |

|      |         |  |          |       |   |          |          |  |                    |          |  |
|------|---------|--|----------|-------|---|----------|----------|--|--------------------|----------|--|
| 認定調査 | 調査場所    | <input type="checkbox"/> 上記の住所 <input type="checkbox"/> 上記の入院・入所施設 <input type="checkbox"/> その他( ) |          |       |   |          |          |  |                    |          |  |
|      | 日程調整連絡先 | 氏名   | 被保険者との関係 |       |   | 電話番号 ( ) |          |  |                    |          |  |
|      | 調査立会    | <input type="checkbox"/> 希望あり(右欄に記入)   |          | 立会希望者 | ①   | 氏名       | 被保険者との関係 |  |                    | 電話番号 ( ) |  |
|      |         | <input type="checkbox"/> 希望なし  |          |       | ②   | 氏名       | 被保険者との関係 |  |                    | 電話番号 ( ) |  |
| 連絡事項 | 都合の悪い日時 |  |          |       | 調査場所の敷地内駐車  |          | サービス利用状況 |  | 例: ショートステイ、デイサービス等 |          |  |
|      |         |  |          |       | <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |          |          |  |                    |          |  |

|        |        |   |          |  |  |       |  |   |  |
|--------|--------|---|----------|--|--|-------|--|---|--|
| 主治医意見書 | 医療機関名  | ( ) 科)  |          |  |  |       | 医師氏名 (1名のみ)  | 意見書作成について主治医に相談 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 |  |
|        | 所在地    | 〒 -   | 電話番号 ( ) |  |  | 定期受診  | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 入院中 |   |  |
|        | 治療中の病気 | がんの場合のみ記入してください<br>本人への告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし<br><input type="checkbox"/> 在宅緩和ケアのため早期認定希望 |          |  |  | 特定疾病名 | 40歳~64歳の方のみ記入してください<br>また、医療保険被保険者証の写しを添付してください                                      |   |  |

|       |  |       |  |  |  |  |              |  |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--------------|--|
| 同意の確認 | 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び地域包括支援センターが行う事業の実施のために必要があるときは、要介護(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、船橋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又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。<br>(更新申請の場合)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。 |       |  |  |  |  |              |  |
|       | 被保険者氏名   | 代筆者氏名 |  |  |  |  | 被保険者との関係 ( ) |  |

|   |             |                 |          |   |  |          |  |      |   |
|---|-------------|-----------------|----------|---|--|----------|--|------|---|
| 被保険者本人が提出する場合、申請者欄は記入不要です   |             |                 |          |   |  |          |  | 市処理欄 |   |
| 申請者(申請書を提出した方)  | ご家族等        | 氏名              | 被保険者との関係 |   |  |          |  | 受理印  |   |
|   |             | 住所              | 〒 -      |   |  | 電話番号 ( ) |  |      |   |
|   | 事業所等(提出代行者) | 該当するものに○をしてください |          | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設<br><input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 |  |          |  |      |   |
|   |             | 名称              | 電話番号 ( ) |   |  |          |  |      |   |
|   |             | 所在地             | 担当者氏名    |   |  | 事業所番号    |  |      |   |
| (事業所の方へ)更新または区分変更の場合 担当事業所による認定調査 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否 |             |                 |          |   |  |          |  | 受付   | <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便 |
|   |             |                 |          |   |  |          |  | 申請番号 |   |

介護保険被保険者証を添付できない場合に限り、「介護保険 被保険者証再交付申請書」に記入してください

介護保険 被保険者証再交付申請書

船橋市長 あて

介護保険 要介護(要支援)認定申請書(表面)の提出に際し、( 紛失 未着 )により被保険者証の添付ができないため、被保険者証の再交付申請をします。申請に必要な氏名、性別、生年月日、住所、個人番号及び申請日は表面のとおりです。

(申請者) 被保険者本人 表面の申請者(被保険者本人以外の申請の場合は委任状が必要です)

委任状

船橋市長 あて

年 月 日

私は、表面の申請者を代理人として定め、介護保険 被保険者証再交付申請に関する権限を委任します。

被保険者氏名(委任者)

※介護保険課記入欄

| 日付 | 電話等確認内容・備考欄 | 担当者 |
|----|-------------|-----|
|    |             |     |
|    |             |     |
|    |             |     |
|    |             |     |

| 調査場所      | 委託先 | 立会者他 | 備考 |
|-----------|-----|------|----|
| HV<br>ENT |     |      |    |

| 市処理欄  | 受付者 | 被保険者区分                          | 介護保険被保険者証の添付             | 資格者証の交付                 | 介護保険料滞納確認      | 入力者                              |
|-------|-----|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|----------------|----------------------------------|
| 出張所   |     | ・第1号(65歳以上)<br>・第2号(40歳以上65歳未満) | 有・無                      | 済                       | 不納欠損・滞納<br>有・無 | <input type="checkbox"/><br>コピー済 |
| 介護保険課 |     | ※医療保険被保険者証コピー<br>有・無            | ・再交付申請書<br>・2号新規<br>・( ) | 済<br>郵送・窓口<br>(自/送・施・事) | 保険料係に連絡<br>済・未 |                                  |