

記入例

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

<表面> 次のとおり申請します

被保険者	1 申請区分	<input checked="" 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										
	2 介護保険被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	5 医療保険被保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 船橋市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> その他	保険者番号	120048	
	フリガナ	フナバシ タロウ											被保険者証	記号	船	
	氏名	船橋 太郎											番号	0000	枝番	01
	生年月日	明・大・ 昭 00年 0月 0日(00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	〒000-0000 ※アパート・マンション名まで記入してください 船橋市00町0-0-0 電話番号 000(000)0000															
3 入院・入所施設	病院・施設等の名称 00病院 (入院中の場合) 00病棟 000号室 所在地 00年 0月 0日 〒000-0000 00市00町0-0-0 電話番号 000(000)0000 退院(退所)予定日 0年 0月 0日															
4 現在認定区分	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5															
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(すでに認定結果を受け取っている場合→「いいえ」) <input type="checkbox"/> はい(申請日 年 月 日) <input type="checkbox"/> いいえ															
申請理由	例: デイサービスの利用を検討しているため(区分変更の場合)骨折により状態悪化したため デイサービスを利用したい															

認定調査	6 調査場所	<input type="checkbox"/> 上記の住所 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の入院・入所施設 <input type="checkbox"/> その他()																	
	7 日程調整連絡先	氏名	00病院 千葉一郎											被保険者との関係	ソーシャルワーカー	電話番号	000(000)0000		
	8 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	()
	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				
月曜午前中は都合が悪い															<input checked="" type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否				

主治医意見書	9 医療機関名	00病院 (000000科)											9 医師氏名(1名のみ)	西船橋 次郎			
	所在地	〒000-0000 電話番号 000(000)0000											10 定期受診	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院中	意見書作成について主治医に相談 <input checked="" type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未		
	治療中の病気	脳梗塞											11 特定疾病名	40歳~64歳の方のみ記入してください また、医療保険被保険者証の写しを添付してください			

12 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。(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	船橋 太郎											代筆者氏名	船橋 花子	
被保険者本人が提出する場合、申請者欄は記入不要です															

申請者(申請書を提出した方)	ご家族等	氏名	船橋 花子											被保険者との関係	子			市処理欄 受理印
	住所	〒000-0000 電話番号 000(000)0000 00市00町0-0-0																
	事業所等(提出代行)	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"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 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				
	所在地												電話番号	()			受付	<input type="checkbox"/> 窓口
13 (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																		

<裏面> 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

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、(<input checked="" type="checkbox"/> 紛失 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input checked="" type="checkbox"/> 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 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。	00年 0月 0日
被保険者氏名(委任者)	船橋 太郎

- 申請区分
該当するものに「レ」点をつけてください。
新規…… 初めての申請、または認定有効期間切れの場合。
更新…… 現在受けている認定有効期間が満了するため、引き続き認定を受ける場合。
区分変更… 現在認定を受けている方が、心身の状態の変化等により認定区分の変更を必要とする場合。
(支援または介護の区分内での変更: 要支援1⇔要支援2 または 要介護1~5⇔要介護1~5)
要支援者の要介護への変更
… 現在要支援の認定を受けている方が、心身の状態の変化等により要介護への変更を必要とする場合。
転入継続… 他市町村で介護認定を受け、転入日時点で有効な認定を持っている方が船橋市に転入する場合。
(他市町村で受けていた介護度と同じ介護度の認定を継続して受けることができます。
転入継続の方は、「認定調査」「主治医意見書」及び「同意の確認」欄の記入の必要はありません。)

- 介護保険被保険者番号
介護保険被保険者証に記載の「0」から始まる10桁の数字を記入してください。

- 入院・入所施設
現在、入院や施設への入所等で、上欄の「住所」以外に居住されている場合に記入してください。

- 現在認定区分・認定有効期間
現在認定を受けている場合は、介護保険被保険者証を確認して記入してください。新規申請の方は記入不要です。

- 医療保険
医療保険被保険者証(健康保険証)を確認して記入してください。「枝番」はある場合のみ記入してください。

- 調査場所
認定調査は原則、ご本人が普段生活をしている場所で行います。
入院・入所中に調査を希望される場合は、入院・入所先へ認定調査を実施して良いか事前にご確認ください。

- 日程調整連絡先
訪問調査の日程調整等をするために、後日調査員より連絡があります。平日の日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。
認定調査は、市の調査員のほか、市が委託した事業所が行う場合があります。
なお、入院・入所中に調査する場合は、立会いを希望されないご家族やケアマネージャー等へ調査日時のご連絡はいたしません。

- 調査立会
認定調査当日に立会いを希望される場合は、立会人氏名等を記入してください。
入院・入所中に調査する場合は、当該施設職員への聞き取りも行うため、ご家族の立会いは必須ではありません。

- 医師氏名
市から医療機関へ主治医意見書の作成を依頼しますので、主治医(介護が必要となった直接の原因である病気を治療している医師又は現在のご本人の心身の状態がわかる医師)の氏名を記入してください。

- 定期受診・受診予定日(直近受診日)
主治医意見書は通常の診断書とは内容が異なりますので、受診の際は、要介護(要支援)認定申請中であることを医師へお伝えください。
しばらく受診されていない方は、受診が必要となることがありますので、医師にご確認ください。

- 特定疾病名
40歳以上65歳未満の方(第2号被保険者)は、該当する特定疾病名を記入してください。
また、医療保険被保険者証の写しを必ず申請書に添付してください。
-- 特定疾病 --
●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と判断したものに限る)
●関節リウマチ ●筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靭帯骨化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症
●初老期における認知症 ●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
●脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●早老症 ●多系統萎縮症
●糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ●脳血管疾患 ●閉塞性動脈硬化症
●慢性閉塞性肺疾患 ●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

- 同意の確認
認定後、ケアマネージャー等が介護サービス計画を作成するために、認定資料を参考に使用することがあります。
また、主治医意見書を記載した医師が希望した場合、市が医師に認定結果の情報を提供することがあります。
これらの個人情報の取扱い及び延期通知の省略(更新申請の場合)について同意いただける場合は、ご本人(被保険者)の氏名を、代筆の場合は、代筆者の氏名とご本人との関係を併せて記入してください。

- (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
担当事業所の方が申請書を提出された場合、担当事業所ケアマネージャーによる認定調査の可否に「レ」点をつけてください。