

介護保険 要介護(要支援)認定申請書

船橋市長 あて
次のおり申請します
※以下太枠内を記入してください(裏面もあります)

年 月 日
※申請日は市が受理した日となります
 (事業所のみ)前倒し預かり希望

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更(要介護⇒要介護又は要支援⇒要支援の変更を希望) <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 要支援⇔要介護の変更を希望			
介護保険被保険者番号		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	
フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
氏名		生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日 (歳)
		電話番号	()	
住所	〒 - ※アパート・マンション名まで記入してください			
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	
		電話番号	()	
医療保険者名	<input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 船橋市(国民健康保険) <input type="checkbox"/> その他 ()		医療保険者番号	
※40歳～64歳の方のみ、申請時に医療保険資格情報が分かるものの提示が必要です			医療保険被保険者記号・番号・枝番	
現在認定区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	14日以内に 他自治体から 転入した方のみ 記入してください	転出元自治体名
認定有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			認定結果を受け取っていない申請がある場合 申請日 年 月 日
申請理由	例:脳梗塞で病院に入院し、歩行が困難となった。現在リハビリ中。自宅の住宅改修(廊下に手すりの取り付け)を希望。			
※利用予定のサービスも記入してください	<input type="checkbox"/> 暫定サービス利用予定 (区分変更又は要支援⇔要介護の変更を希望する場合) 前回認定時より <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善			

主治医意見書の依頼に必要な情報ですので、必ず記入してください(記入された医療機関に、市から意見書の作成を依頼します)

主治医	医療機関名	() 科)	医師氏名	必ず事前に医師から意見書の作成について了承を得てください ※どちらかにチェック <input type="checkbox"/> 医師に伝え、了承を得ました <input type="checkbox"/> 月 日に伝える予定です
	医療機関所在地	〒 -	※1名のみフルネームで記入してください	
		電話番号 ()		
	受診日	前回: 年 月 日 次回: 年 月 日	定期受診	
	特定疾病	特定疾病に該当するかの判断については、申請前に主治医に確認してください		
	※40歳～64歳の方のみ記入してください			

申請書の提出者が本人以外の場合は、下欄のいずれか一方に記入してください

申請者	ご家族等(施設・事業所以外の方)が提出する場合		施設・事業所(提出代行者)が提出する場合	
	氏名		名称	
	本人との関係		事業所番号	
	住所 〒 -		所在地 〒 -	
			担当者氏名	電話番号 ()
	電話番号 ()	担当事業所による認定調査 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 否		

以下の①②に同意されない場合は、「同意しない」にチェックしてください

- 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営及び地域支援事業の実施のために必要があるときは、本申請書に記載された内容、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、主治医意見書、船橋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、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、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調査に従事した調査員に提供する(介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む)こと
 - (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、認定延期の通知を省略すること
- 同意しない(本人が情報提供を行います)

※裏面も記入してください

市処理欄	
受付印	
受付	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵便
申請番号(下5桁)	

訪問調査に必要な情報ですので、必ず記入してください

調査場所	<input type="checkbox"/> 被保険者住所(表面記載の住所) <input type="checkbox"/> 入院・入所施設(表面記載の入院・入所施設) <input type="checkbox"/> その他 名称(施設名・家族名等): _____ 住所: _____ 調査場所敷地内への駐車は可能ですか <input type="checkbox"/> 駐車してもよい <input type="checkbox"/> 駐車不可
調査日の調整連絡先	<input type="checkbox"/> 被保険者本人(表面記載の電話番号) <input type="checkbox"/> 申請者(表面記載の申請者電話番号) <input type="checkbox"/> その他 名称(施設名・家族名等): _____ 本人との関係: _____ ㊞: _____
調査の立会い	<input type="checkbox"/> 立会いあり 立会人: <input type="checkbox"/> 表面記載の申請者 <input type="checkbox"/> その他 氏名: _____ 本人との関係: _____ ㊞: _____ <input type="checkbox"/> 立会いなし
調査日	原則として、調査は平日に実施します 都合の悪い日時・曜日があれば記入してください (_____)
留意事項	訪問調査に伺う際の留意事項について記入してください <input type="checkbox"/> がんや臓器不全の末期等のため調査を急いでほしい 病名: _____ <input type="checkbox"/> 病名を本人に伝えていないので配慮してほしい <input type="checkbox"/> 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい <input type="checkbox"/> 本人の前では伝えづらいことがある 内容: _____ <input type="checkbox"/> 同世帯の同時申請がある 同時に申請した被保険者氏名: _____ <input type="checkbox"/> その他(調査員に事前に伝えておきたいこと、調査時に配慮してほしいことがあれば記入してください) (_____)

介護保険被保険者証(原本)を添付できない場合に限り、以下を記入してください

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、生年月日及び住所は表面のとおりです。

(申請者) 被保険者本人 表面記載の申請者(下記の委任状が必要です)

委任状

船橋市長 あて _____ 年 月 日

私は、表面記載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) _____

以下は記入不要です

日付	経過等	担当者

HV	委託先	立会者他	備考
市処理欄	受付者	被保険者区分	介護保険被保証の添付
出張所		・第1号(65歳以上) ・第2号 (40歳以上65歳未満) ※医療保険加入情報の写し 有・無	有・無
介護保険課			資格者証の交付
			済・未
			滞納確認
			不納欠損・滞納 有・無
			入力者
			済 郵送・窓口 (自 / 送・施・事)
			滞納確認 済・未
			保険料係に連絡
			済・未
			コピー済 <input type="checkbox"/>