

認定申請書記入例

表面

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

明石市長様
次のとおり申請します。

申請区分 新規・更新・変更 **介護** (要支援からの変更)・転入

申請年月日 3年4月1日

被保険者番号	0123456789	個人番号	
フリガナ	アカシ タロウ	生年月日	明・大 昭 34年5月6日 (56)歳
被保険者氏名	明石 太郎	性別	男
住民票上の住所	〒673-8686 明石市中崎1丁目5番1号		
電話番号	(078) 918-5091		
現在の要介護認定結果等	申請経歴 非該当 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1・2・3・4・5		
有効期間	令和2年6月1日から令和3年5月31日まで		
医療保険	保険者名 明石市 保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇 被保険者証 記号 〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇 枝番 特定疾病名 脳血管疾患 変更(介護)申請理由 転倒して、歩行が難しくなったため。		

※本人以外の方が提出される場合は、記入してください。

提出者(本人以外)	氏名 明石 花子 (本人との関係) 妻
住所又は所在地	〒 電話番号 ()
提出代行事業者名	代行事業者のみ記入

※主治医意見書の記入を依頼する医師について、記入してください。【必須】

主治医	医療機関名 〇〇病院 医師名 兵庫 太郎
所在地	〒000-0000 電話番号(000)000-0000 明石市〇〇〇丁目〇番〇号

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、明石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者が取得した心身の状況等の情報を、明石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調査員に提示する(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。

本人氏名	明石 太郎
(「本人氏名」欄を代筆した場合) 代筆者氏名	明石 花子 (続柄) 妻

*裏面も記入してください。

新規…はじめての方、認定の有効期間切れの方、事業対象者の方
更新…引き続き介護保険のサービスが必要な方
変更…現在、要介護の認定があり、状態悪化・改善により見直しを希望される方
介護…現在、要支援の認定があり、状態悪化・改善により見直しを希望される方
転入…前市町村の認定を引き継がれる方

空白でも申請は可能です。
*マイナンバーについては別紙を参照してください。

お手持ちの最新の被保険者証を見ながら記入してください。

加入している医療保険について記入してください。
40～64歳の方は、必ず記入してください。特定疾病については、下記のとおりです。

変更申請・介護申請の場合は、変更理由を記入してください。その他、暫定サービス利用予定など、市に伝えたいことがあれば記入してください。

申請書を提出される方について、記入してください。

主治医について記入してください。
(うらの『よくある質問』をご覧ください。)

介護(予防)サービス計画の作成等にあたり、情報提供に同意される方は署名をお願いいたします。

40～64歳の方のうち介護保険で対象となる病気(特定疾病)

- ・脳血管疾患
- ・脊柱管狭窄症
- ・関節リウマチ
- ・多系統萎縮症
- ・早老症
- ・初老期における認知症
- ・脊髄小脳変性症
- ・後縦靱帯骨化症
- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・骨折を伴う骨粗しょう症
- ・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
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・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(医師が一般的に認められている医学的見地に基づき、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)

申請には、介護保険被保険者証（もも色）の原本が必要です。（コピーは不可）

訪問調査連絡票

要介護認定・要支援認定を行うために、訪問調査にうかがいますので、記入をお願いします。

- 訪問調査を受ける方について記入してください。

フリガナ氏名	アカシ 太郎 明石 太郎	生年月日	明・大 昭 34 年 5 月 6 日
--------	-----------------	------	--------------------

- 日程調整の連絡をどなたにすればよろしいですか。

（あてはまる番号に○をつけて、平日の日中に連絡がとれる電話番号（携帯電話など）を記入してください。）

1 本人	→	昼間連絡先 () -
2 家族 その他	→	フリガナ氏名 アカシ 花子 明石 花子 本人との関係 妻 昼間連絡先 (090) 1234 - ××××

平日の日中に必ず連絡がとれる電話 番号（携帯電話など）を記入してください。

- 訪問調査に同席する方はいますか。（あてはまる番号に○をつけてください。）

1 同席なし	
2 上記の「家族・その他」の欄に記載した方と同じ	
3 それ以外	→ フリガナ氏名 ナカサキ アミコ 中崎 明子 本人との関係 長女

本人一人での調査に不安がある場合は、日頃の様子をよくご存知の方が同席してください。

- どこで、訪問調査を受けますか。（あてはまる番号に○をつけてください。）

1 住民票上の住所	→	過去1週間の入院の有無 1. 無 2. 有 退院・退所日： 月 日
2 その他（病院・施設・家族宅など）	※入院・入所の場合は、病院名・施設名も記入してください。	
調査場所	所在地 〒 〇〇 - 〇〇〇 電話番号 (〇〇) 〇〇 - 〇〇〇 明石市 〇〇〇 丁目 〇 番 〇 号 名称 〇〇 病院 4 階西病棟 4 1 2 号室	入院・入所期間 3 年 2 月 21 日 から 3 年 4 月 20 日 まで

過去1週間の間の入院・入所の有無を記入してください。入院・入所期間がある場合は、退院・退所日も記入してください。

- 訪問調査について伝えたいことがあれば、記入してください。

例 日程調整の連絡は午前中をお願いします。 〇月〇日から〇月〇日までショートステイ利用中。
月・木曜日デイサービス利用中。 認知症があるので、家族にも聞き取りをしてください。など

水曜日は都合が悪いので、水曜日以外をお願いします。

家族宅の場合は、滞在先の住所・氏名・滞在期間も記入してください。

調査場所が変わる予定があれば、詳細を記入してください。

<訪問調査について>

明石市または明石市が委託した調査員が、ご自宅など、ご本人が普段生活しているところに訪問し、お身体の様子や介護が必要な状況について調査します。可能な範囲で、歩行や寝返りなどを実際に行っていただきますので、ご協力をお願いします。

訪問日でご都合の悪い曜日・時間帯があれば、記入してください。