

介護保険 [ 要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定 ] 申請書

匝瑳市長 あて  
下記のとおり申請します。

申請時に必要な書類は次ページを御覧ください。  
新規申請の際は、高齢者支援課に御相談ください。

記

申請年月日		平成〇〇年 〇月 〇〇日	
被保険者番号	9 0 0 0 0 9 9 9 9 9	個人番号	9 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 9
フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	昭和 □ 年 ● 月 ● 日
氏名	介護 太郎	性別	男・女
住所	郵便番号 289-2141 匝瑳市八日市場ハ793	電話番号を必ず記入してください。 電話 0479-00-0000	
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	1
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間	年
この欄は、新規申請の方は記入の必要はありません。それ以外の方は、お持ちの介護保険被保険者証を参考に記入してください。			
転出元自治体（市町村）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。 はい・いいえ		いいえ	
(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)			
「はい」の場合、申請日		年 月 日	
過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院・入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	平成〇〇年 △ 月 △ 日
	〇〇病院・匝瑳市八日市場〇〇〇〇	期間	平成〇〇年 □ 月 □ 日
有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日

提出代行者	名称	該当に〇( 地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設、介護医療院 )
	住所	介護 花子
	住所	郵便番号 289-2141 匝瑳市八日市場ハ793
		御家族が代理で申請される場合でも必ず記入してください。代行業者が申請される場合は、事業者・施設印又は法人代表印の押印が必要です。
		電話 0479-00-0000

主治医	主治医の氏名	匝瑳 一郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	郵便番号 289-2144 匝瑳市八日市場〇〇	主治医とは、被保険者（本人）の日頃の状態をよく知っている医師のことで。電話 0479-00-0000	

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

医療保険者名	医記	※ 第2号被保険者の方で、国の定める「特定疾病」に該当している場合、申請することができます。詳しくは次ページ「老化が原因とされる16種類の病気」を参照してください。
特定疾病名		

介護サービス計画の個人情報の取扱いについて記載されています。介護支援専門員などに情報提供することで介護サービスの受給に役立つことが考えられます。内容に同意した場合は、署名してください。(御本人による署名が困難な場合は代筆の依頼を認めています。)

申請入力	意見書依頼	調査依頼	証回収

本人氏名 介護 太郎

※裏面も御記入ください。

(裏面)

介護認定調査連絡票	
主な病歴 (新規申請のみ記入)	糖尿病 (平成〇〇年頃発症)、高血圧 (平成〇〇年頃発症)
介護が必要になったきっかけ (新規申請のみ記入)	平成●●年〇月△日に自宅で転倒し、歩行困難になった。 独居で買い物に行く家族がいないため、買い物の支援を受けたい。
現在の心身の状況 (新規申請のみ記入)	歩 行 できる・杖又は伝い歩き <b>車椅子又は這う</b> ・できない
	聴 力 普通 <b>やや遠い</b> ・耳元で大声・全く聞こえない
	認 知 症 <b>なし</b> ・あり (多少・軽度・中度・重度)
調査に関して事前に伝えたいこと (特にない場合は記入不要)	特になし。
家族の状況 (御本人の介護を必要とする状況を、より正確にお聞きするために、新規申請時や御自宅での認定調査は、可能な限り御家族の方に立会いをお願いしております)	<input checked="" type="checkbox"/> 独居である <input type="checkbox"/> 独居でない ＜認定調査の家族の立会いの有無について＞ <input checked="" type="checkbox"/> 立会いを希望する <input type="checkbox"/> 立会いを希望しない 立会い者氏名 ( <b>介護 花子</b> ) 本人との関係 ( <b>長女</b> )
	<input checked="" type="checkbox"/> 認定調査の立会い者と同じ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ※選んだ方の平日の日中に連絡が取れる電話番号 ( <b>090 - 〇〇〇〇 - ●●●●</b> )
認定調査の日程調整の連絡先	

### 申請時に必要な書類

- ① 介護保険  $\left[ \begin{array}{l} \text{要介護認定・要支援認定} \\ \text{要介護更新認定・要支援更新認定} \end{array} \right]$  申請書
- ② 介護保険被保険者証 (写し不可)
- ※40歳～64歳までの方の場合
- ③ 健康保険証 (医療保険被保険者証) の写し

### 老化が原因とされる16種類の病気 (特定疾病)

- ① がん (医師が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)
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 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
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 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

40歳から64歳までの方で、上記の特定疾病により介護が必要な場合は、要介護認定の申請を行うことができます。申請の際は健康保険証 (医療保険被保険者証) の写しを添付して申請してください。