

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	令和〇〇年 〇 月 〇 〇 日											
個人番号	9 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 9											
医療保険 被保険者番号	9 〇 〇 〇 〇 〇 9 9 9 9 9											
医療保険 保険者名												
医療保険 被保険者証	記号				番号				枝番			
フリガナ	カイゴ タロウ											
氏 名	介護 太郎											
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 2		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。							
	*14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ記 入		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 (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		～ 年 月 日			
	介護保険施設の名称等・所在地				期間		年 月 日		～ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地				期間		令和〇〇年 △ 月 △ 日		～ 令和〇〇年 □ 月 □ 日			
	〇〇病院・匝瑳市八日市場〇〇〇〇				期間		令和〇〇年 □ 月 □ 日		～ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地				期間		年 月 日		～ 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・ 介護医療院） 介護 花子 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。											
住 所	郵便番号 289-2141 匝瑳市八日市場ハ793 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す。 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）の方

※ 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作成等介護保険事業の適切な運営のため
かる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見
居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは
定調査に従事した調査員に提供することに同意します個人情報の取扱いについて、ご本人の同意が必要です。
同意した場合は、ご本人のお名前前で署名してください。（代筆可）

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(令和〇〇年頃発症)	
介護が必要になったきっかけ (新規申請のみ記入)	令和●●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(車椅子又は這う・)できない
	聴 力	普通(やや遠い・)耳元で大声・全く聞こえない
	認知症	(なし・)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)	☒ 独居である ☐ 独居でない ＜認定調査の家族の立会いの有無について＞ ☒ 立会いを希望する ☐ 立会いを希望しない 立会い者氏名(介護花子) 本人との関係(長女)	
認定調査の日程調整の連絡先	☒ 認定調査の立会い者と同じ ☐ 本人 ☐ その他() ※選んだ方の平日の日中に連絡が取れる電話番号 (090-0000-●●●●)	

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 後縦靱帯骨化症
- 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。