

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

記入例

①申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規	<input type="checkbox"/> 更新	<input type="checkbox"/> 要支援者新規	<input type="checkbox"/> 区分変更	<input type="checkbox"/> 転入継続
	被保険者番号	0123456700	個人番号	012345678901	
被保険者(認定者)	フリガナ	カスガ タロウ		②申請年月日	令和08年04月01日
	氏名	春日 太郎		生年月日	昭和10年4月1日(91歳)
	住所	〒816-8501 福岡県春日市原町3丁目1番地5		電話番号	092-584-1111 (自宅・携帯)
③医療保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 福岡県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(春日市)		医療保険者番号		
④特定疾病名	⑤	⑥	④	特定疾病名(第2号被保険者のみ)	
	前回の介護認定	要支援	要介護	有効期間	期間
	年 月 日から	年 月 日まで	現在入院中の場合	退院予定日	月 日頃・未定
	年 月 日まで	年 月 日まで	転院の可能性	有・無・不明	
⑦主治医	(医療機関コード)	フリガナ	フクオカ タロウ		
	医療機関名	氏名	福岡 太郎		
	住所	電話番号	092-501-1134		
最終受診日	年 月 日	次回受診日	年 月 日		
⑧申請者	<input type="checkbox"/> 本人	氏名	(本人の場合は記入不要) 春日 花子		電話番号
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族	住所	〒 -		本人との続柄
⑨自宅以外の送付先(今回のみ)	<input type="checkbox"/> 提出代行者	(提出代行者)事業所名	指定事業者コード		
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 北 <input type="checkbox"/> 南 <input type="checkbox"/> 東 <input type="checkbox"/> 西 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設			
<input type="checkbox"/> 申請者と同じ	※入院や認知症など、ご本人様に受取不可能な 特別な事情がある場合のみ ご記入ください。今回の認定結果通知にのみ適用されます。介護保険関係の全ての郵送物の送付先を変更するには、別途「送付先変更届出書」の提出が必要です。				
〒 -	(理由)				
	電話番号	- -			

この申請に係る審査及び判定のため、要介護認定及び要支援認定(以下「要介護認定等」という。)に係る調査内容及び主治医意見書(以下「意見書」という。)を筑業地区介護認定審査会事務局に提出することに同意します。

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、要介護認定等にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果及び意見書、春日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、春日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、意見書に係る医師又は認定調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。

全ての要介護(要支援)申請について、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合にあっては認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

この申請書に記載された事項は、災害時及び緊急時における春日市からの連絡先として使用し、関係人に情報提供することがあります。

⑩本人氏名	春日 太郎	代筆者氏名	春日 花子
-------	-------	-------	-------

⑩本人氏名												代筆者氏名											
春日 太郎												春日 花子											
訪問予定日												※裏面もご記入ください											
調査機関												受付											
申請方法												申請入力											
個人番号確認												意見書割当											
被保険証回収												調査票割当											
資格者証交付												/ 印											
意見書依頼												/ 印											
備考												/ 印											

①申請区分 新規、更新、要支援者新規申請、区分変更、転入継続のいずれかを選択してください。

②申請年月日 提出日を記入してください。

郵送申請の場合は、市役所で受理した日が申請日になります。

③医療保険証情報 医療保険者名・医療保険者番号・記号・番号・枝番を記入してください。

④特定疾病名 第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

⑤前回の介護認定 前回認定履歴がある方は、認定の結果及び有効期間を記入してください。

⑥過去6か月～現在まで入院や入所施設がある場合

病院名・施設名及び入院・入所期間を記入してください。現在入院中の方は、退院予定日や転院の可能性について記入してください。短期入所(ショートステイ)中の場合は、記入不要です。

⑦主治医

複数の医療機関を受診している場合、介護が必要な状態の直接の原因である病気を治療しているなど、本人の状態を最も知っている医療機関名、医師の氏名、住所、電話番号をを記入してください。最終受診日と次回受診日も記入してください。

⑧申請者

申請者が本人のときは、記入不要です。家族及び提出代行者が申請する場合は、氏名、住所、電話番号、本人との関係を記入してください。提出代行者の場合は、事業所名、指定事業者コードを忘れずに記入してください。

⑨自宅以外の送付先(今回のみ)

今回に限り、被保険者証等の送付先を変更する場合に記入してください。※通常は、住所地(住民票登録)へ送付します。※被保険者証は簡易書留で送付します。受取りができなかった場合は、不在票により郵便局等での受取をお願いします。

⑩本人同意欄

内容をよくお読みいただき、署名してください。本人が記入できない場合は、本人氏名を代筆し、代表者氏名もあわせて署名してください。

申請書を提出する際は、以下のものをお持ちください。

- ①介護保険被保険者証(原本)
 - ②医療保険に加入していることが確認できるもの
 - ③本人の個人番号(マイナンバー)が確認できる書類(通知カード、個人番号カード、個人番号が記載された住民票の写しなど)
 - ④本人確認ができる書類(顔写真付きの公的証書(個人番号カード、運転免許証、障害者手帳など)1点もしくは、顔写真無しの公的証書(介護保険負担割合証、健康保険証など)2点)
 - ⑤代理人が手続きする場合は、6に代えて、代理人の本人確認ができる書類(顔写真付きの公的証書(個人番号カード、運転免許証、介護支援専門員証など)1点もしくは、顔写真無しの公的証書(健康保険証や年金手帳など)2点)
- ※②～⑤については、写しを提出してください。③については、個人番号の紛失や提供拒否の場合は、写しの提出は不要です(その場合、申請書の個人番号欄にその旨を記入してください)。

記入例

① 家族連絡先	① 申請者と同じ		② 担当ケアマネージャー 氏名
	氏名 (続柄)	住所 〒 - 電話番号 - -	

③ 新規申請の方 利用したい介護サービスは何ですか	要介護認定を必要とする主な病氣・疾患 <small>(例) 認知症、脳梗塞、骨折、癌 など</small>
	① <input checked="" type="checkbox"/> 在宅でのサービス <input checked="" type="checkbox"/> 通所(デイサービス等) <input type="checkbox"/> 訪問(ヘルパー等) <input type="checkbox"/> 福祉用具(貸与・販売) <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他()
	② <input type="checkbox"/> 施設への入所
	【変更申請】 前回の介護認定時から身体等の状況が変わった点を記載してください。 <small>(例) 一人で歩行ができていたが、状態が悪くなり介助(支え)がないと歩行できなくなった。</small>
④ 更新・変更申請の方	変更申請の場合は必ず記載してください。
	【更新・変更申請】 現在ご利用中の介護サービスの内容や利用回数について教えてください。 現在の利用状況を記載してください。

⑤ 本人について	世帯状況	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設入所
	調査時に配慮してほしいことがありますか	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>有の場合は記載してください。(例) 未告知の病名など本人の前で話づらいことがある</small> 調査時に本人に特別に配慮することがあれば記載してください。
	歩行(室内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 寝たきり
	認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
	聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input checked="" type="checkbox"/> 大きめの声かけ <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話通訳)

⑥ 調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> 入院している病院 または 入所している施設
	名称 _____ 電話番号 - - 住所 〒 -
	<input type="checkbox"/> その他 ()
⑦ 調査日時を調整する方	車を停める場所が敷地内にありますか <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> その他 (氏名 _____ 続柄 _____) 日中連絡が取れる電話番号 - -
⑧ 調査に立会いされる方 <small>(※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。)</small>	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input checked="" type="checkbox"/> 家族連絡先 <input type="checkbox"/> 立会い者なし <input type="checkbox"/> その他 (氏名 _____ 続柄 _____) 日中連絡が取れる電話番号 - -
	⑨

医療保険サービス(訪問看護・リハビリ)や障害福祉サービスを利用中の人は回答してください。
 事業者介護認定申請することを相談しましたか。 相談済み 相談していない → 介護認定を受けると利用中のサービスが利用できなくなる場合があります。必ず事業者を確認してください。

⑩ ★	現在、仕事上の傷病等から介護補償給付(労災など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
	介護保険サービスが必要な身体状態になった原因は、交通事故等(第三者行為)によるものですか	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ

① 家族連絡先

申請内容について確認が取れる家族の連絡先を記入してください。表面に記載した申請者と同じ場合は、「申請者と同じ」を選択してください。

② 担当ケアマネージャー

更新申請の場合など、担当ケアマネージャーが決まっている人は記入してください。

③ 新規申請の方

今後利用したい介護サービスを選択してください。

④ 更新申請・変更申請の方

変更申請の方は、前回の介護認定時から身体等の状況が変わった点について、**必ず**記入してください。更新申請・変更申請の方は、現在ご利用中の介護サービスの内容や利用回数について記入してください。

⑤ 本人について

調査時に本人に特別に配慮することがあれば記載してください。
 場合によっては、調査時の立会いや調査後の聞き取り等にご協力をお願いすることがあります。

※認知症状
 認知症等で意思疎通が困難である等、調査に支障がある場合は「有」を選択し、具体的な症状を記入してください。

※聴覚障害
 聴覚に障がいをお持ちである等、会話に支障がある場合は、「有」を選択し、「大きめの声かけ」「筆談」「手話通訳」のいずれかご希望の方法を選択してください。

⑥ 調査場所

調査場所が自宅と異なる場合は、調査場所を記載してください。

⑦ 調査日時を調整する方

調査日時を調整する方を記入してください。
 ※連絡が取れない場合、認定調査が遅れる場合があります。確実に連絡の取れる方を記入してください。

⑧ 調査に立会いされる方

調査に立会いされる方を記入してください。※本人に認知症状がある場合は立会いをお願いします。

⑨ 医療保険サービス(訪問看護・リハビリ)や障害福祉サービスを利用中の方

介護認定を受けると利用中のサービスが利用できなくなる場合があります。必ず事業者を確認して申請を行ってください。

⑩ ★の項目

該当がある場合は、別途、届出が必要となる場合があります。