

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

※次に該当するものに「レ」を記入してください。

- ・該当する申請区分に「✓」を記入してください。
- ・要支援の方が要介護への変更を希望して申請する場合は、
□要支援者の要介護新規申請 に「✓」を記入してください。

☐ 新規 ☐ 要支援者の要介護新規申請 ☐ 更新 ☒ 区分変更 ☐ 転入

7 8 9 0 申請年月日 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者	フリガナ	カイゴ タロウ			生年月日	明	申請年月日を必ず 記入してください。	日	
	氏 名	介護 太郎			性 別	男 ・ 女			
	住 所	〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20			電話番号を必ず記入してください。 電話番号 (06-0000-0000)				
	前回の要介護 認定の結果等	状態区分	要支援 () 要介護 (2)	有効期間	令和〇〇年1月1日~令和〇〇年12月31日				
	※転出元市町村 で申請中の方	転出元市町村名				※区分変更・要支援者の要介護新規申請される場合 状態区分・有効期間をご記入のうえ 心身の状態の変化(改善・悪化)について 時期などを含め、詳しく記入してください。			
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)	令和〇〇年〇月〇日に自宅で転倒したため							
	介護保険施設 医療機関等 に入所・入院 している場合	入所施設・医療機関等の名称 みおつくし総合病院			入所・入院の期間 令和〇〇年〇月〇日から 日まで				
認定調査先住所	※認定調査先 〒	・入所、入院中の場合は、施設、医療機関について部屋番号などまで詳しく記入してください。 ・親族宅など、一時的に上記住所と異なる所に滞在している場合は記入してください。 ※同一住所の場合は記入の必要はありません。			電話番号 ()				
■ 「がん」で早急に介護サービスが必要であるなど認定調査を特に急ぐ必要のある場合は、具体的理由を記入してください。 理由 ()									

主 治 医	医療機関名	みおつくし総合病院		主治医の氏名	なにわ 一郎	
	所 在 地	〒541-0041 大阪市中央区北浜		現在、定期的に受診されている医療機関 (かかりつけ医)について記入してください。 通院中の場合は、最終受診日を必ず記入してください。		
	受診状況	通院中 (最終受診日)				

個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0

医療保険	保険者名	大阪府後期高齢者医療広域連合		保険者番号	20271416	
	被保険者証	記号		番号	1234567	
加入している医療保険(健康保険・後期高齢者医療)の「保険者名と保険者番号」 「被保険者証記号・番号・枝番」を記入してください。 ※後期高齢者医療の場合、「保険者名と保険者番号」、被保険者証の「番号」の欄に 記入してください。(「記号と枝番」の欄への記入の必要はありません。)						
・主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定 ・要支援認定及び非該当と判定された場合、地域包括支援センターに、認定結果情報及び住所、生年月日、性別、電話番号について提示すること 個人情報の取扱いについての説明が書かれています。 記載内容に同意する場合は必ず本人氏名を記入してください。 ご本人による記入が困難な場合は代筆の依頼をしていただいても結構です。						
				介護太郎		

申請者氏名 提出代行者名称	該当に○ (代行事業者番号 (居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・地域包括支援センター))	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
	介護 健一	子
住 所 又は 所 在 地	〒530-8201 大阪市北区中之島1-3-20	電話番号 (06-0000-0000)

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、健康保険証(写)を添付してください。

特定疾病名	※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ので、疾病名をご記入ください。 詳しくは、裏面「老化が原因とされる16種類の病気」を参照してください。
-------	---

受 付

認定調査にあたって

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などをうかがいます。認定調査の日程調整など円滑に行うために必要となりますのでご記入ください。

○ 認定調査の日程調整は、どなたとすればよろしいですか。

① 本人	② 家族 (氏名: 介護 健一)	(同居・別居)	続柄 ()
	昼間連絡先TEL 06-0000-0000	()	携帯TEL 000-0000-0000
①②以外の方 (事業者名・氏名等):		() 本人との関係 ()	
昼間連絡先TEL		()	

○ 調査の当日に、どなたか同席を希望される方がいますか。

はい	家族 (氏名 介護 健一)	続柄 (子)	いいえ
	家族以外 (氏名)	本人との関係 ()	

○ 月～土曜日のうちで、調査に都合の良い曜日・時間帯や悪い曜日・時間帯がありますか。

(下記の表に、都合の良い曜日・時間帯に○を、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。)

はい	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
いいえ	午前 ×					×
	午後	○	○	○		×

○ あなたの意思を調査員に伝えるために、介護・手話通訳事業の利用を希望されますか。

はい	(利用希望番号: 1 介護 2 外国語通訳 3 手話通訳)	いいえ
----	-------------------------------	-----

※利用希望番号の説明については、下記(「認定調査について」)を参照してください。

○ その他、認定調査に関して伝えておきたいことがあれば記入してください。

外出して戻れないことがある、昼夜が逆転している、難病や筆談がいるなど、事前に調査員に伝えておきたいことがあれば記入してください。

申請時に必要な書類

- ① 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
- ② 介護保険被保険者証(写し不可)
- ③ 個人番号確認書類(個人番号カード等の写し)
- ④ 本人確認書類(免許証・パスポート等の写し)
- ⑤ 委任状(申請者が代理人の場合に必要)
- ※40歳～64歳までの場合
- ⑥ 健康保険証(医療保険被保険者証)の写し

◎ 認定申請(ただし、

目途問しま

す。認定調査で

っていま

◎ 本市

老化が原因とされる16種類の病気(特定疾病)

- | | | |
|-------------|------------|------------|
| ①がん※ | ⑧脊髄小脳変性症 | ⑬脳血管疾患 |
| ②関節リウマチ | ⑨脊柱管狭窄症 | ⑭閉塞性動脈硬化症 |
| ③筋萎縮性側索硬化症 | ⑩早老症 | ⑮慢性閉塞性肺疾患 |
| ④後縦靱帯骨化症 | ⑪多系統萎縮症 | ⑯両側の膝関節又は |
| ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 | ⑫糖尿病性神経障害、 | 股関節に著しい変形を |
| ⑥初老期における認知症 | 糖尿病性腎症 | 伴う変形性関節症 |
| ⑦進行性核上性麻痺、 | 及び糖尿病性網膜症 | |
| 大脳皮質基底核変性症 | | |
| 及びパーキンソン病 | | |

※医師が一般に認められている医学的知見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(平成18年4月から追加)

40歳～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。