

- ・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。

※次に該当するものに「✓」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

		8	9	0	申請年月日	令和**年〇月〇日
被保険者	フリガナ	カイゴ タロウ			生年月日	申請年月日を必ず記入してください。
	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。	
	前回の要介護認定の結果等	状態区分	要支援( ) 要介護(4)	有効期間	令和**年1月1日～令和**年12月31日	
	※転出元市町村で申請中の方	転出元市町村名			申請日	年月日
	変更申請の理由 (区分変更時のみ記入)	**年△月△日に自宅で転倒し、 心身の状態の変化(改善・悪化)が見られる場合、 時期などを含め、詳しく記入してください。 ※区分変更申請される場合のみ、記入が必要です。				
	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 〇〇〇号室			入所・入院の期間 令和**年△月△日から 令和**年□月□日まで	
認定調査先住所	※認定調査先が、被保険者住所と異なる場合は必ず記入ください。 〒 ・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がありません。					
■ 「がん」で早急に介護サービスを受ける場合は、 理由 ( )						

主治医	医療機関名	みおつくし総合病院		担当者名	担当者名
	所在地	〒541-0041 大阪市中央区北浜〇丁目〇番		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 令和**年〇月〇日頃)	入院中	
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	39271416
	被保険者証	記号	番号	12345	

・主治医意見書を記載した医師から求めがあれば、要介護・要支援認定結果を従事した調査員から求めがあれば、要介護・要支援認定結果を記入してください。  
・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同意します。  
・更新申請の場合、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間内であれば、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超えるときであっても、認定結果の変更を希望する場合は、認定結果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。)

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結構です。

介護 太郎

提出代行者名称	介護 健一	店舗名	被保険者との関係 (提出代行者は記入不要)
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。

受付

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。 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。 なお、「資格情報のお知らせ(写)」または「資格確認書(写)」のどちらかがお手元にあれば写しを添付してください。		
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--

## 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 : 昼間連絡先TEL : )	介護 健一	同居 ( )	別居 ( )	続柄 ( )	子 ( )
					携帯TEL	
①②以外の方 (事業者名・氏名等) : ( 昼間連絡先TEL : )		本人との関係 ( )				

### ○ 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
はい	午前	×				×
いいえ	午後		○	○	○	×

### ○ あなたの意思を調査員に伝えるために、介添・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 介添 2 外国語通訳 3 手話通 )	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。

認知症、パーキンソン病  
現在ベッドで臥床しています

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 等)
- ④ 本人確認書類 (免許証・パスポート等の顔写真のある公的証明書の写し1点、  
もしくは、国民年金手帳・介護保険負担割合証等の顔写真のない公的証明書  
いずれかの写しを2点)
- ⑤ 委任状 (申請者が代理人の場合に必要)

※40歳～64歳までの2号被保険者の方で、

- ⑥ 資格情報のお知らせ または 資格確認書をお持ちの場合は、どちらかの写しを1点

## 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後縦靭帯骨化症                              | ⑪多系統萎縮症              | ⑯両側の膝関節又は<br>股関節に著しい変形を<br>伴う変形性関節症 |
| ⑤骨折を伴う骨粗鬆症                            | ⑫糖尿病性神経障害、<br>糖尿病性腎症 |                                     |
| ⑥初老期における認知症                           | 及び糖尿病性網膜症            |                                     |
| ⑦進行性核上性麻痺、<br>大脳皮質基底核変性症<br>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、申請を行うことができます。  
申請時に、医療保険の加入確認が必要となります。