

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

【 新規 更新 変更(要介護からの変更) 新規(要支援からの変更) 転入 】

杵藤地区広域市町村圏組合 管理者 様 次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

被保険者(本人)	被保険者番号											個人番号																		
	フリガナ											性別																		
	氏名											男・女	生年月日	明・大・昭 年 月 日																
													電話番号	- -																
	住所	〒 - 市・郡 町大字 番地																												
	現在の状況 【該当するものに☑】	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 医療入院中 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他																												
		施設・病院名																												
		所在地																												
現在の認定 状況	要介護・要支援状態区分										要介護(1・2・3・4・5)										要支援(1・2)									
	有効期間										年 月 日 ~										年 月 日									
変更申請の理由																														
※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。 (該当するものに☑をつけて下さい。 ※既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択して下さい。) <input type="checkbox"/> はい【申請日 年 月 日】 ・ <input type="checkbox"/> いいえ																													

※訪問調査等の連絡先になりますので、必ず記入して下さい。(日中に連絡が取れる連絡先を記入して下さい。)

連絡先	フリガナ											本人との関係	電話番号																	
	氏名											①	自宅・携帯・勤務先																	
													②	自宅・携帯・勤務先																
連絡事項	※上記連絡先が勤務先の場合は勤務先名称もこちらに記入して下さい。																													

被保険者(本人)以外の申請の場合は必ず記入して下さい。 ※被保険者本人が提出される場合は記入不要

提出者	該当するものに☑	<input type="checkbox"/> 家族(本人との関係:) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他()																												
	提出者名 または 事業者名	〒 - 電話番号(- -)										事業者提出の場合 担当者氏名																		
	住所	〒 - 電話番号(- -)																												

主治医	医療機関名											主治医の氏名										
	所在地	〒 -										電話番号(- -)										

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入して下さい。 ※医療保険証の写しを添付して下さい。

特定疾病名 (医療機関に確認の上、該当する特定疾病名に☑)	<input type="checkbox"/> がん <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 筋委縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗しょう症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> パーキンソン病関連疾患 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 多系統委縮症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 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																													
----------------------------------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

同意欄	①本申請による要介護認定の内容について、裏面に記載された認定情報の開示要領により情報提供する。 ②認定更新申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、認定遅延通知を省略する。 ③給付制限など介護保険事業の適切な運営の為に必要がある時は、その内容を地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係者に情報提供する。																													
	(被保険者本人の氏名)															上記について同意します。 (代筆者の氏名)														
	_____ ①															_____ ② (関係:)														

※代筆される場合は代筆者の氏名、押印および被保険者との関係を記入して下さい。

市町記入欄

確認項目	申請入力	被保険者証回収	医療保険添付 【2号被保険者のみ】	本人確認書類添付 (個人番号記載時)	受付担当者
意見書依頼書	発行済 ・ 介護保険事務所より送付希望				

市町受付印

◎認定情報の開示要領

本申請に係る要介護認定の情報を下記の要領で提供することに同意する場合は表面に署名押印をお願いします。

情報の種類(何を?)	提供対象者(誰に?)	情報提供の方法(どんな方法で?)
・認定結果(あなたの要介護度) ・ケアプランの内容	・意見書を記載した医師	・主治医意見書に請求する旨、記載されていた場合、書面で情報提供します。
・認定調査の内容 ・主治医意見書 ・一次判定結果	・本人及び同一世帯の者 ・本人の親族 ・成年後見人の法定代理人 ・地域包括支援センター職員 ・担当ケアマネージャー	・開示申請書により申請があった場合、書面で情報提供します。

※情報の提供は、個人の権利利益を害する恐れがあると認めるときは、不開示または部分開示とします。

◎申請から結果通知までのながれ

申請

- ・市町の担当窓口または介護保険事務所に申請書提出
- ☆必要なもの☆
 - 要介護・要支援認定申請書
 - 介護保険被保険者証
 - 印鑑
 - 医療保険の被保険者証(第2号被保険者の場合)
- ※郵便などによる申請年月日は、受理した日(到着日)となります

主治医意見書

- ・主治医に心身の状況についての意見書を作成してもらいます。

認定調査

- ・調査員が家族等同席のもと心身の状況を調査します。
- ※調査は原則、平日(月曜日～金曜日)の9時～17時に行います。

審査・判定

- ・認定調査の結果や主治医意見書をもとに審査判定を行います。

認定結果通知

- ・認定結果と被保険者証を送付します。

◎個人番号(マイナンバー)制度について

申請書に個人番号(マイナンバー)の記載が原則必要となりますが、個人番号が分からない場合、個人番号を記載がなくても申請書は受理します。

《申請書に個人番号を記載した場合は、以下の書類が必要となります》

- ①個人番号が確認できる書類(本人分)
- ②身元が確認できる書類(本人分)
- ③本人以外による申請の場合
 - ・申請者本人の個人番号が確認できる書類(写し可)
 - ・窓口にお見えになる方の身元が確認できる書類
 - ・委任状又は介護保険被保険者証(原本)

○問合せ○

杵藤地区介護保険事務所 認定係 TEL:0954-69-8227

または

お住まいの市役所、町役場担当窓口