

記入例

介護保険 要介護・要支援申請

申請時には、介護保険証を必ず添付してください。

松原市長様  
次のお通り申請します。

申請日 ○○年

※次に該当するものに☑してください。 新規 更新 区分変更 転入

被保険者番号	0 0 0 0 0	生年月日	明治・大正(昭和) (○○)歳
フリガナ	マツバラ タロウ	〇〇年 〇〇月 〇〇日	
氏名	松原 太郎	性別	(男) ・ 女
住所	〒580-8501 松原市阿保1-1-1	電話番号	000-000-0000
連絡先氏名 (認定調査日程調整者)	松原 花子	続柄	妻
調査時の同席者	氏名(松原 花子) ・ 無	続柄	妻
前回の認定の結果	要介護(3) ・ 要支援( )	有効期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇〇日
過去6ヶ月間の入院・入所	(有) ・ 無	期間	
介護保険施設・医療機関等の名称	介護老人保健施設 ○ ○ ○ ○ 病院	〇〇年 〇〇月 〇日 から 〇〇年 〇〇月 〇日	〇〇年 〇〇月 〇日 から 年 月 日
入院中の場合は記入	病棟・病室番号 ○階 ○○号室	その他(退院の予定等)	〇月〇日 退院予定
同居の家族等	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> 子供 <input type="checkbox"/>		
調査先	※現在の居住地が住民票と異なる場合、現在の居住地が住民票の住所と異なる場合は、必ず現在の所在地(認定調査先住所・施設名称)をご記入ください。		

平日の午前9時から午後5時30分までに連絡の付く電話番号をご記入ください。

医療機関名	大阪病院	主治医氏名	大阪太郎 Dr.
所在地	〒580-0000 松原市〇〇〇1-1-1	電話番号	000-000-0000
直近受診日	〇〇年 〇〇月 〇〇日	次回受診日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
主な病名や症状 2号の場合は特定疾病名	腰椎圧迫骨折 左膝関節症 腰痛 膝痛 など		

提出代行者	<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"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 名称所在地連絡先 〒 電話番号
-------	---

※区分変更申請の場合は必須。使いたいサービス、希望されることなど。

申請理由

- ・申請した理由
- ・現在困っていること
- ・使いたい介護サービス
- ・認定調査時に注意してほしいこと

などなど、簡潔明瞭にご記入ください。

介護サービス計画の作成等介護保険認定・要支援認定にかかる調査内容、介護サービス計画書、居宅介護支援事業所、居宅介護支援事業所が実施する調査結果が出る。

代筆者

代筆の場合はサインを記入して下さい。

裏面もご記入ください。

※本人氏名は、必ずご記入ください。

※必須 本人氏名

※本人による申請の場合、記入不要

※本人氏名は、必ずご記入をお願いします

【裏面もご記入ください】

個人番号				個人番号を記入される場合は、個人番号が確認できる書類と本人及び代理人の身分証の提示が必要です。(郵送の申請時はコピーを添付)	の記入は必須ではありません。
------	--	--	--	--	----------------

個人番号を記入されない場合は、その理由をご記入ください。

個人番号未記載の理由	<input type="checkbox"/> わからない <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> その他( )	個人番号を記入されない場合は必ずご記入ください。
------------	--	--------------------------

※代行申請で個人番号を記入時には、下記の委任状が必要です。

委任状	
私は、【代理人の住所】	〒 _____
【代理人の氏名・続柄】	_____ 続柄 _____
【代理】	<b>個人番号未記載の場合、委任状の記入は不要です。</b>
【代理】	
を、代理人と定め介護保険 要介護・要支援認定申請書の代理申請の権限を委任します。	
年 月 日	
申請者住所	_____
申請者氏名	_____ (印)

医療保険	保険者名	記号	65歳以上の方は、医療被保険者番号等の記入は任意です。(40歳から64歳の医療保険加入者は、必ずご記入ください。)
	被保険者証		

※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。

特定疾病名	
医療保険被保険者証の写しを貼付	
<p>【特定疾病】          介護保険制度において、40歳以上65歳未満の第2号被保険者が要介護認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上及び精神上的の障害が、介護保険施行令(平成10年政令第412号)第2条で定める16の疾病(特定疾病)によることが要件とされています。</p> <p>1. がん(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。)          2. 関節リウマチ    3. 筋萎縮性側索硬化症    4. 後縦靭帯骨化症    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</p>	

※以下市役所確認欄(窓口では原本確認)

確認者	申請者	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他( )
		番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード・通知カードの写し <input type="checkbox"/> 住民票等の写し <input type="checkbox"/> その他( )
	代理人	本人確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証の写し <input type="checkbox"/> 免許証 <input type="checkbox"/> その他( )