

「介護保険 要介護認定・要支援認定申請書」の記入方法

書き方見本

[新規・更新・変更・転入] の該当する所を○で囲んでください。

1	被保険者番号 × × × × × × × × × ×	2	個人番号(本人・代理人以外は記入しない) 021
介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・転入) (あて先) 東大阪市長 次のとおり申請します。			
3	〒 000 - 0000 東大阪市 荒本北 1-1-1	3	請求年月日 令和 ○年 ○月 ○日 性 別 男・女 年齢 ×× 生 年 月 日 明・大 昭 △年 △月 △日
4	氏 名 東大阪 花子	4	住 所 東大阪市 荒本北 1-1-1 居住している <input checked="" type="radio"/> 居住していない (いずれかに○)
5	調査場所 (上記住所地で調査を行う場合は記入不要) 施設・医療機関等の名称又は居所 荒本北病院 期間(予定): 令和 ○年 ○月 ○日 ~ 令和 ○年 △月 △日	5	調査日程連絡先・立会者 フリガナ 東大阪 太郎 氏名 東大阪 太郎 (続柄 夫) 電話番号 022-2222-2222 訪問調査時立会 <input checked="" type="radio"/> 希望する・希望しない (いずれかに○)
6	前回の要介護認定の結果等 (該当するものに○) 要介護 (1 2 3 4 5) 要支援 (1 2) 事業対象者 前回の有効期間 平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	6	変更申請の理由 (※変更申請の場合のみ)
7	主治医 医療機関名 荒本北病院 主治医の氏名 石切 一郎 診療科 整形外科 所在地 〒 000 - 0000 東大阪市 荒本北 ○-○-○ 通院(最終受診日: 令和 年 月 日) <input checked="" type="radio"/> 入院中	7	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 39272273 被保険者証 記号 番号 00000000 枝番
8	特定疾病 (※64歳以下の方のみ) 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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、東大阪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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。	8	本人氏名 東大阪 花子 代筆者: 東大阪 太郎 (続柄: 夫)
9	特記すべき事項があれば記入してください。	9	

・1号被保険者(65歳以上)の人は、介護保険被保険者証を添付してください。
・申請があったときは、介護保険被保険者証に代えて介護保険資格者証を交付します。

15	提出代行者 名 称 該当○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 住 所 〒 - 電話番号 担当者名
----	--

※下の欄は記入しないでください。

調査 依頼日	調査票 未・済	入力 受付	備考	受付印
<p>■ お問い合わせ先 ■</p> <p>東大阪市役所 介護認定課 〒577-8521 東大阪市荒本北1丁目1番1号 電話 06-4309-3190 FAX 06-4309-3814</p>				

ボールペンで記入し、介護保険被保険者証を添えて、ご提出ください。
※①④⑤について、事前に印字がある場合は記入不要です。

- 「被保険者番号」を枠内に記入してください。
※被保険者番号は「介護保険 被保険者証」に記載されています。
- 被保険者本人が申請書を作成する場合のみ、個人番号を記入してください。
被保険者本人以外の方は記入しないでください。
- 申請書を提出する日を記入してください。
- 被保険者について必要事項を記入してください。
- 住民票の住所を記入し、「居住している・居住していない」のいずれかを○で囲んでください。
※住所地に身を置いていない場合は「居住していない」を○で囲み、⑥の欄も記入してください。
- 調査場所(病院・施設・家族宅等に身を置いている場所の詳細)を記入し、滞在期間を記入してください。
※退院や転院の予定が決まっている場合は、調査場所が変更となる可能性があるため、⑭の特記すべき事項の欄に詳細を記入してください。なお、調査が混み合っている場合お待ちいただくことがありますので、ご了承ください。
- 認定調査員より、事前に訪問調査の日程調整のため連絡をしますので、調査連絡先「氏名・続柄・電話番号」を必ず記入してください。また、訪問調査時立会「希望する・希望しない」のいずれかを○で囲んでください。
- 申請時に要介護度をお持ちの方は、被保険者証を見て、必要事項を記入してください。
※初めて申請される場合は、記入しないでください。
- 変更申請の場合のみ記入。変更申請の理由を記入してください。
(例) ○月○日、転倒による大腿骨頸部骨折により、身体状態悪化。
- 主治医の必要事項を記入してください。(この欄の記載がない場合は受付できません。)
主治医に介護保険の申請をしたことを必ず伝えてください。
※主治医には定期的に受診し、心身の状態が記入できる医師を選択してください。特に、入院中で入院先の医師以外の主治医を希望する場合は、その医師が入院中の心身の状態を記入できるか確認してください。
- 医療保険(国民健康保険・後期高齢者医療保険等)について記入して下さい。
- 第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方のみ、該当する特定疾病名を記入してください。
※申請の際に医療保険被保険者証を提示していただき、原本を確認の上、写しを取らせていただきます。
特定疾病名 : がん(医師が一般に認められている医学的知見にもと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)、筋萎縮性側索硬化症、後縦靭帯骨化症、骨折を伴う骨粗しょう症、多系統萎縮症、初老期における認知症、脊髄小脳変性症、脊柱管狭窄症、早老症、糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症、脳血管疾患、パーキンソン病関連疾患、閉塞性動脈硬化症、関節リウマチ、慢性閉塞性肺疾患、両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
※必ず申請前に、主治医にこれらの特定疾病について、意見書に明記してもらえを確認してください。
- 同意について、被保険者本人が氏名を記入してください。
※本人の容態悪化等の理由で本人が自署できない場合は、本人の同意・了承の上、本人氏名を記入し、代筆された方のお名前と続柄も記入して下さい。
- がん(医師が一般に認められている医学的知見にもと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)の場合や、入院・転院・退院で調査場所変更の可能性がある場合等、特記すべきことがあれば記入してください。
- 代行者(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者等)が申請する時は、該当する箇所を○で囲み、必要事項をご記入下さい。事業者印等の押印は不要です。
※介護老人保険施設とは: 特別養護老人ホーム(指定介護老人福祉施設)、老人保健施設、療養型医療施設

申請書は機械で読み取ります。
コピーを何度も重ねると、レイアウトのずれの原因となり読み取りに支障をきたします。