

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

赤 磐 市 長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日: 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日  
※特段の連絡等が無い場合、市の受付年月日を申請年月日とする。

申請区分	新規・ <b>更新</b> ・変更・転入(14日以内の方のみ 転出元市町村名: )		申請中の場合、申請日: )		
被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号			
現在の認定	要支援 1・ <b>2</b> 要介護 1・2・3・4・5	期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
医療保険	保険者名	〇〇〇	保険者番号	〇〇〇	
	被保険者	記号 〇〇〇	番号	〇〇〇	
フリガナ	アカイワ たろう		性別	<b>男</b> ・ 女	
氏名	赤磐 太郎		生年月日	大・ <b>昭</b> 11年 1月 1日	
住所	〒709-0816 電話番号〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇				
	赤磐市下市〇〇番地 現在の居所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 他(住所 赤磐市〇〇〇〇〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)				
過去6か月間の 居所及び期間 (施設・病院・他)	名称	〇〇病院 (SW:〇〇〇〇)	部屋番号 (〇階〇〇〇)	期間	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日～ 年 月 日
	名称	( )	( )	期間	年 月 日～ 年 月 日
	名称	( )	( )	期間	年 月 日～ 年 月 日
	その他	( )	( )	期間	年 月 日～ 年 月 日

提出代行者	氏名(名称)	該当に〇(家族)地域包括支援センター・指定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・介護医療院・社会保険労務士・成年後見人 <b>山陽 花子</b>	
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 電話番号(自宅 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇 携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇) <b>山陽 花子</b>	

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 ( 〇〇 科)	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇番地	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	最終受診日	令和〇〇年 〇〇月 〇〇日	申請の相談	<input checked="" type="checkbox"/> した <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> 勧められた

◇**第二号被保険者**(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※64歳以下の方は必ず記入してください。

特定疾病名	
-------	--

**6**申請・情報提供同意欄  
\*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時は、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、主治医意見書、赤磐市から提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、赤磐市から地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に写しを交付し、又は提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む)ことに同意します。  
\*更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える時であっても、現在の要介護(要支援)認定の有効期間内であれば延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 **赤磐 太郎** (代筆者氏名 **山陽 花子** 続柄 **長女**)

## 記入例

該当箇所に〇・ 又は、ご記入ください

**申請時に必要なもの** 介護保険被保険者証 (オレンジ色)  
【代理人が提出する場合】  
委任状又は介護保険被保険者証等(負担割合証などでも可)と、  
提出者の身分確認が出来るもの(マイナンバーカード、運転免許証、介護支援専門員資格者証等)  
【40～64歳以下で特定疾病のある方の申請】  
「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」、または、「マイナポータルで医療情報が確認できるもの」  
【成年後見人等(保佐人・補助人)の申請】  
成年後見人等であることを証明する書類(戸籍謄本や登記事項証明書(写し)など)

**申請する時期について** 【更新申請の場合】受付は、認定有効期間終了日の**60日**前からとなっています。  
※入院や手術直後等、認定を受けられる方の病状が不安定な時期には、「認定調査」を行うことが出来ない場合があります。  
申請時期について判断に迷う場合は、事前に介護保険班にお問い合わせください。

**1**【個人番号】個人番号が分からない、又はご本人が認知症などで個人番号の記載が難しい場合は、その他の記載内容に不備がなければ申請は受理しますので、未記入のまま提出してください。  
【医療保険番号】令和4年4月1日より、医療保険番号を記載することになりました。ご記入をお願いします。  
※後期高齢者医療被保険証の場合は、記号・枝番の記入はありません。

【新規申請の場合】 現在の認定は空欄のままお願いします。	【更新・変更申請の場合】 現在の認定の介護度と有効期間をご記入ください。
---------------------------------	---

**2**現在、生活をしている場所をご記入ください。過去6か月間の居所があれば、期間等も含めてご記入ください。

**3**【ご本人以外の方が提出される場合】該当に〇印をして、氏名住所の欄にご記入ください。  
※事業所が提出する場合は、担当者名もご記入ください。  
※提出時には、確認書類が必要となります(上記「申請時に必要なもの」を参照ください)。

**4**市から主治医に、「主治医意見書」の提出を依頼します。  
生活機能の低下の原因になった病気やケガ、治療内容、心身の状態などを記載してもらうため、  
**かかりつけ医や最近受診した医療機関・主治医をご記入ください。**  
※介護保険の申請を主治医へ相談しているかどうかをご記入ください。  
**相談されていない場合は、事前に主治医にご相談ください。**  
※長期間(3か月以上)未受診の場合は、意見書の記載が得られない場合があります。早めに受診をお願いします。  
※申請後、主治医を変更する場合には、新たに「主治医変更届」の提出が必要となる場合があります。

**5**第二号被保険者に該当する方は、  
◆「資格確認書」、「資格情報のお知らせ」、または、マイナポータルで医療情報の提示をお願いします。  
◆該当する特定疾病(16疾病\*)を主治医に確認しご記入ください。  
※詳しくは、パンフレット「あなたと歩む 介護保険」P2をご覧ください。

ご不明な点がございましたら、  
下記までお問合せください。  
**赤磐市役所**  
**介護保険課 介護保険班**  
**電話 086-955-1116 (直通)**

**6**の欄の同意が必要となります。お読みいただき、署名をお願いします。  
代筆の場合は、本人氏名・代筆者氏名・続柄をご記入ください。

⑦ 1. 申請理由（状態変化など具体的に記入）

(例)物忘れが多くなり、薬を飲ませるなど介護が必要になっている。  
足の力が弱くなり、トイレに行くのも時間がかかり困るようになった。

⑧ 直近1か月以内のけがや病気の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	病名	〇〇骨折
入院の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無		

⑨ 2. 訪問調査について ☆調査は、平日(月～金)9時～15時の間に、1時間程度行います。

調査立会い希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 提出代行者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 他 氏名: <b>赤坂 次郎</b> (続柄: <b>次男</b> )
連絡先(電話番号)	① 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	②
⑩ 調査時の配慮 (難聴・病態等の対応・希望日時)	無 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 (例)難聴のため、配慮してほしい。	

●入院中の場合は、病院関係者に確認しながら行います。必要な場合は、ご家族等に連絡します。

⑪ 調査日の連絡希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 提出代行者 ・ <input type="checkbox"/> 立会者 ・ <input type="checkbox"/> 他 ※連絡可能な時間帯:
氏名:	(続柄: )	電話番号 ① ②
⑫ 調査後の聞き取り希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 提出代行者 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 立会者 ・ <input type="checkbox"/> 他 ※連絡可能な時間帯:
氏名:	(続柄: )	電話番号 ① ②

⑬ 3. 利用中のサービスについて

			<input type="checkbox"/> サービス利用なし
サービス等	事業所・病院名	利用曜日	利用時間
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス	〇〇デイサービス	月 火 水 木 金 土・日	9:30 ~ 15:30
<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルプ	〇〇ヘルパー事務所	月 火 水 木 金・土・日	10:00 ~ 11:00
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(介護・医療)		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 訪問看護(介護・医療)		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input type="checkbox"/> 透析等(医療)		月・火・水・木・金・土・日	: ~ :
<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	〇〇〇	利用予定日: 〇〇月〇〇日 ~ 〇〇月〇〇日	
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具レンタル	介護ベッド ・ <b>車いす</b> ・ 歩行器 ・ その他( )		
<input type="checkbox"/> 障害者総合支援法のサービス			

注1

注2

市確認欄	代理権	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の被保険者証 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他( )
	1点	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> その他( )
	2点	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 通帳 <input type="checkbox"/> その他( )
	確認者	【本庁・赤坂支所・熊山支所・吉井支所・郵送(消印: 月 日)】

## 記入例

⑦ 下記の点等を具体的にご記入ください。

【更新申請】 前回の申請時と比べて状態の変化があるかどうか。

【変更申請】 申請の理由。前回の申請時から状態が変わったところを記入してください。

【新規申請】 申請の理由。

⑧ 本日から1か月前までに、病気や骨折等があった場合は、差支えない範囲で病名や入院の有無等をご記入ください。

⑨ 訪問調査は、ご本人の普段の生活状況が分かる方の立会いをお願いします。

訪問調査立会い希望が、「有」の場合は立会いする人の氏名連絡先をご記入ください。

電話にて日程調整を行いますので、平日の8:30から17:15の間で連絡可能な電話番号をご記入ください。

⑩ 電話連絡、訪問調査時に注意して欲しいことなどがある場合はご記入ください。

(例) 本人に介護保険の申請を伝えていないので、「健康調査」として来て欲しい。  
本人に話して欲しくないことがある(病気のこと)など。

⑪ 訪問調査立会い希望が「無」の場合でも、日程を調整する人の氏名と連絡先をご記入ください。

また、立会い者以外が日程調整を希望する場合もこの欄にご記入ください。

⑫ ご本人の前で日頃の様子を伝えにくいなどありましたら、調査後に聞き取りを行います。

希望される方は「有」に印をして氏名・電話番号等をご記入ください。

⑬ 訪問調査日を調整するため、現在ご利用中のサービスをご記入ください。

利用サービスがない場合は、表の右上の、「サービスを利用していない」に印をご記入ください。

**注1、注2** 障害サービス、医療リハビリ等、介護保険以外の保険適用のサービスを受けられている方について、要介護認定を受けられると、有効開始日より介護保険が優先適用となります。**既存の保険が適用されなくなりますので、あらかじめ障害者福祉支援の担当者や訪問看護事業所等と十分な相談をした上で申請してください。**