

(あて先)福島市長
次のとおり申請します。

申請年月日	令和	年	月	日
-------	----	---	---	---

申請者	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 親族等() <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設			
	氏名(名称)				
	住 所	〒 ー	電話番号	ー	ー

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号																			
	フリガナ											<input type="checkbox"/> 第1号被保険者 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者																			
	氏 名											生 年 月 日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和										<input type="checkbox"/> 男								
													年 月 日										<input type="checkbox"/> 女								
	住 所 (住民票登録地)	福島市										電話番号 - -																			
	前回の認定 結 果 等	要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日																													
	変更申請の理由	※具体的に疾病名まで。 (状態の悪化 ・ 状態の改善)																													
	訪問調査先 (上記住所に居住してい ない場合、実際の居住地 等)	<input type="checkbox"/> 自宅	〒 - -										電話番号 - -																		
		施設名等																													
		入院・入所(予定)期間					年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定																								
調 査 日 連 絡 先	フリガナ											連絡可能な曜日・時間帯																			
	氏 名											被保険者との続柄																			
	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先(名称)																												
	固定電話 - -					携帯電話 - -																									
※1 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。 はい ・ いいえ (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) 「はい」の場合 申請日 年 月 日																														
※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 ※マイナ保険証をお持ちでない方は資格確認書等の写しを添付してください。																															
医療保険者名											保険者 番 号						保険 種別						記号 番号								
特定疾病名											資格取得日					昭・平・令 年 月 日															

※医師は1名のみ記入してください。

主治医	医療機関名		医師名 (診療科)	() 科)
	医療機関所在地			電話番号 - -
	受診頻度	<input type="checkbox"/> 1ヶ月に1回以上 <input type="checkbox"/> 1ヶ月に1回未満 <input type="checkbox"/> 入院中・入所中 <input type="checkbox"/> その他()		
	最終受診日	年 月 日	次回受診日	年 月 日 頃

同意欄	<p>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、主治医意見書、福島市が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、福島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、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。</p> <p>（更新申請の場合）</p> <p>要介護認定・要支援認定が認定有効期間内に行われる場合は、当該認定が申請の日から30日を超える場合であっても、認定の延期に係る通知を省略することに同意します。</p>		
	本人署名	代筆者署名	本人との関係

市記入欄	受付		入力		入力日		調査票		意見書
------	----	--	----	--	-----	--	-----	--	-----

【 記 入 要 領 】

- 1 □が記載されている箇所は、該当するものにレ点をチェックしてください。
- 2 申請者(提出代行者)欄
 - (1)「本人との関係」は、被保険者との関係を記入・選択してください。なお、本人とは被保険者本人を、親族等とは被保険者の三親等内の親族、成年後見人を指します(以下同じ)。
※成年後見人による申請の場合は、選任されていることを証明する登記事項証明書の写しを付けてください。
 - (2)「氏名」は、本人又は親族等が申請するときはその氏名を、提出代行者はその名称を記入してください。
- 3 変更申請の理由欄は、区分変更申請又は要介護への新規変更、要支援への新規変更の場合に記入してください。
- 4 被保険者欄
 - (1)「訪問調査先」が自宅(住民登録地)のときは、施設名称等の記入を省略できます。
 - (2)「調査日連絡先」は、訪問調査日を調整できる方の氏名、電話番号等を記入してください。
 - (3)訪問調査日の連絡は、平日の日中に電話で行います。記入にあたっては十分留意してください。
- 5 主治医欄は、主治医の医師の氏名等を記入して下さい。
なお、主治医に介護保険の認定申請をしたことをお話してください。
- 6 第2号被保険者は医療保険者名称等を記入し、特定疾病名に下記の特定疾病一覧から転記してください。
- 7 介護認定情報の提供等に関する同意事項欄は、被保険者本人が自署して下さい。被保険者本人が意思表示困難な場合は、三親等内の親族による署名によって本人署名に代えることができます。本人氏名を代筆するときは代筆者氏名及び被保険者との**続柄**を記入してください。

【 特 定 疾 病 一 覧 】

- | | | |
|---------------|------------------|-------------------|
| 1. がん(がん末期)※1 | 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質 | 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性 |
| 2. 関節リウマチ | 基底核変性症及びパーキンソン病 | 腎症及び糖尿病性網膜症 |
| 3. 筋萎縮性側索硬化症 | 8. 脊髄小脳変性症 | 13. 脳血管疾患 |
| 4. 後縦靱帯骨化症 | 9. 脊柱管狭窄症 | 14. 閉塞性動脈硬化症 |
| 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 | 10. 早老症 | 15. 慢性閉塞性肺疾患 |
| 6. 初老期における認知症 | 11. 多系統萎縮症 | 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 |

※1 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。