

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

[  新規  更新  区分変更  新規(要支援者の要介護への区分変更等)  転入 ]

(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

本人との関係  本人  親族等( )  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  地域密着型介護老人福祉施設  介護老人保健施設  介護医療院

氏名(名称)

住所 〒 - 電話番号 - -

被保険者番号 個人番号

医療保険 保険者名 保険者番号

被保険者証 記号 番号 枝番

フリガナ  第1号被保険者  第2号被保険者

氏名  明治  大正  昭和 年 月 日  男  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 (  1  2  3  4  5 ) 要支援 (  1  2 )  非該当  事業対象者  
有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

変更申請の理由 (区分変更の場合のみ記入) (具体的に疾病名まで。要支援からの区分変更の場合も記入) ( 状態の悪化 ・ 状態の改善 )

訪問調査先  自宅 (住所) 電話番号 - -

施設名等 入院・入所(予定)期間 年 月 日 ~ 年 月 日  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

自宅  勤務先(名称)

固定電話 - - 携帯電話 - -

※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

医療機関名 事業者番号(※)

医療機関所在地 電話番号 - -

医師名(診療科) ( 科)

受診頻度  1ヶ月に1回以上  1ヶ月に1回未満  入院中・入所中  その他( )

最終受診日 年 月 日 次回受診日 年 月 日頃

※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 ※医療保険被保険者証の写しを添付

特定疾病名

※添付書類  介護保険被保険者証  医療保険被保険者証の写(第2号被保険者)  
 受給資格証明書(転入申請)  登記事項証明書(成年後見人等による申請)

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するため必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る認定調査票(概況調査・基本調査・特記事項)及び主治医意見書に記載された情報を地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等に提供することに同意します。  
 主治医意見書に記載した医師から要望があるときは、要介護・要支援認定の認定結果及び認定有効期間に係る情報を同医師に提供することに同意します。  
 要支援1又は要支援2に認定された場合は、申請書に記載された情報並びに認定結果及び認定有効期間に係る情報を地域包括支援センターに提供することに同意します。  
 施設又は病院等内で訪問調査を実施するときは、施設又は病院等内の職員から、被保険者の心身の状況等について聴取することに同意します。  
 更新申請に係る要介護認定・要支援認定が、認定有効期間内に行われる場合は、申請から当該要介護認定・要支援認定をするために30日を超えてなお要する期間及びその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人氏名 代筆者氏名 本人との関係

※同意欄の代筆は三親等内の親族に限ります

受付 入力 入力日 調査票 意見書

記入要領等は裏面を参照ください

## 【 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下さい。
- 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)して下さい。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、それを証明する3ヵ月以内発行の登記事項証明書の写しを付けて下さい。
  - (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下さい。
- 3 区分変更の理由欄は、区分変更申請又は新規申請(要支援者の要介護への区分変更等)の場合に記入して下さい。
- 4 被保険者欄
  - (1)「訪問調査先」が自宅(住民票登録地)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下さい。
  - (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下さい。
- 5 主治医欄は、主治医の医師の氏名等を記入して下さい。**事業者番号欄は介護認定係で記入します。**  
なお、主治医に介護保険の認定申請をしたことをお話し下さい。
- 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下さい。
- 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**を記入して下さい。  
なお、同意事項欄についてはを**チェック**して下さい。

## 【 特 定 疾 病 一 覧 】

- |               |                                     |                                    |
|---------------|-------------------------------------|------------------------------------|
| 1. がん(がん末期)   | 7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質<br>基底核変性症及びパーキンソン病 | 12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性<br>腎症及び糖尿病性網膜症   |
| 2. 関節リウマチ     | 8. 脊髄小脳変性症                          | 13. 脳血管疾患                          |
| 3. 筋萎縮性側索硬化症  | 9. 脊柱管狭窄症                           | 14. 閉塞性動脈硬化症                       |
| 4. 後縦靭帯骨化症    | 10. 早老症                             | 15. 慢性閉塞性肺疾患                       |
| 5. 骨折を伴う骨粗鬆症  | 11. 多系統萎縮症                          | 16. 両側の膝関節又は股関節に<br>著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 6. 初老期における認知症 |                                     |                                    |