

# 記入時の注意項目

特に下記①～⑩の太枠項目の注意事項(右側)を確認  
いただき、ご記入いただきますようお願いいたします。

## 介護保険 { 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定 } 申請書

丹波市長 様  
次のとおり申請します。

① 申請年月日 5年4月 日

申請者氏名	フリガタ ン バ ハ ナ コ ② 丹波花子	本人との関係 ※代理申請の場合記入のこと	③ 妻
提出代行者名称	該当に○(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)		
申請者住所	⑤ 〒669-3602 丹波市氷上町常楽211番地 電話番号 88 - 5268		

▲申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者区分 1号被保険者・2号被保険者

被保険者番号	0000123456	個人番号	⑥
医療保険被保険者証記号		被保険者番号	
氏名	フリガタ ン バ タ ロ ウ 丹波太郎	生年月日	明治・大正・昭和 1年1月1日
住所	〒669-3602 丹波市氷上町常楽211番地 電話番号 88 - 5268		
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 *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」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日	要介護状態区分	1 2 3 4 5
要支援状態区分	1 2	要介護状態区分	1 2
過去6月間の介護保険施設医療機関等入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地 ⑦ 丹波市立病院 丹波市氷上町成松1 医療機関等の名称等・所在地	期間	現在入院中 5年4月1日 ~ 年 月 日
有・無		期間	年 月 日 ~ 年 月 日

主治医の氏名	介護一郎	医療機関名	丹波市立病院
所在地	⑧ 〒669-3601 丹波市氷上町成松1 電話番号 82 - 1001		

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

医療保険者名	⑨	医療保険被保険者証記号	
特定疾病名	保険者番号 ( )	記号	番号

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、丹波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

本人氏名	⑩ 丹波太郎	代筆者氏名	丹波花子 妻( )
------	--------	-------	-----------

処理	システム入力	主治医意見書依頼	認定調査依頼	被保険者証添付	処理者
	済( 月 日)	済( 月 日)	済( 月 日)	有・無	

# 記入時の注意事項

項番	項目名	注意事項																
①	申請年月日	申請書を提出する日付を記入してください。																
②	申請者氏名	被保険者本人、またはご家族・親族等の代理人の氏名を記入してください。																
③	本人との関係	被保険者から見た続柄を記入してください。																
④	提出代行者名称	事業所が代行申請する場合のみ記入が必要です。(包括・担当居宅等)																
⑤	申請者住所	電話番号は、日中連絡の取りやすい電話番号(携帯電話番号)を記入してください。 ※ 連絡が取れないと、調査が実施できず認定結果通知までに時間を要することがあります。																
⑥	個人番号	個人番号(マイナンバー)の記入がない場合も申請受理できます。 記入される場合のみ、個人番号のわかる書類(個人番号カード等)と本人確認書類が必要になります。																
⑦	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等入院	医療機関、介護保険施設に「入院」または「入所」している(もしくは過去6ヶ月以内にしていた)場合は、「有」に○印をつけ、名称を記入してください。																
⑧	主治医	主治医(かかりつけ医)を必ず記入してください。 福知山市民病院・西脇病院の医師が主治医の場合は、問診票が別途必要です。 申請書と問診票を一緒に提出してください。 なお、40～64歳までの方は、特定疾病を診察している医師名を記入してください。																
⑨	第2号被保険者 医療保険者情報 (該当する方のみ 記入)	<p>40～64歳の方は、現在加入されている医療保険の保険者・保険者番号と被保険者の記号・番号・枝番を記入してください。 ※ 加入されている医療保険により記号・枝番が無い場合もあります。 必ず、下表の16の特定疾病から該当する疾病名を記入してください。 【16の特定疾病】</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tbody> <tr> <td>① がん</td> <td>⑨ 脊柱管狭窄症</td> </tr> <tr> <td>② 関節リウマチ</td> <td>⑩ 早老症</td> </tr> <tr> <td>③ 筋萎縮性側索硬化症</td> <td>⑪ 多系統萎縮症</td> </tr> <tr> <td>④ 後縦靭帯骨化症</td> <td>⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症</td> </tr> <tr> <td>⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症</td> <td>⑬ 脳血管疾患</td> </tr> <tr> <td>⑥ 初老期における認知症</td> <td>⑭ 閉塞性動脈硬化症</td> </tr> <tr> <td>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</td> <td>⑮ 慢性閉塞性肺疾患</td> </tr> <tr> <td>⑧ 脊髄小脳変性症</td> <td>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</td> </tr> </tbody> </table> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin-top: 10px;">                     保険証のコピーも一緒に提出してください。                 </div>	① がん	⑨ 脊柱管狭窄症	② 関節リウマチ	⑩ 早老症	③ 筋萎縮性側索硬化症	⑪ 多系統萎縮症	④ 後縦靭帯骨化症	⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症	⑬ 脳血管疾患	⑥ 初老期における認知症	⑭ 閉塞性動脈硬化症	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	⑮ 慢性閉塞性肺疾患	⑧ 脊髄小脳変性症	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 がん	⑨ 脊柱管狭窄症																	
② 関節リウマチ	⑩ 早老症																	
③ 筋萎縮性側索硬化症	⑪ 多系統萎縮症																	
④ 後縦靭帯骨化症	⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症																	
⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症	⑬ 脳血管疾患																	
⑥ 初老期における認知症	⑭ 閉塞性動脈硬化症																	
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	⑮ 慢性閉塞性肺疾患																	
⑧ 脊髄小脳変性症	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																	
⑩	本人同意欄	担当ケアマネジャー、入所施設関係者、主治医等への情報開示に対する同意になります。 代筆される場合は、代筆者氏名および本人から見た続柄を記入してください。																