

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

丹波市長 様

次のとおり申請します。

①										申請年月日										年		月		日																
②										個人番号																														
③	介護保険被保険者番号										保険者名										保険者番号																			
	医療保険被保険者記号・番号										記号										番号										枝番									
	フリガナ										氏名										生年月日										性別									
	住所										〒										電話番号																			
④	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										要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2									
											有効期限										年 月 日 から										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。 (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 ・ いいえ									
⑤	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無										介護保険施設等の名称等・所在地										期間										年 月 日 ~ 年 月 日									
											介護保険施設等の名称等・所在地										期間										年 月 日 ~ 年 月 日									
	有 ・ 無										医療機関等の名称等・所在地										期間										年 月 日 ~ 年 月 日									
											医療機関等の名称等・所在地										期間										年 月 日 ~ 年 月 日									
⑥	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・介護療養病)																													
	提出代行者 住所										〒										電話番号																			
⑦	主治医 主治医の氏名										医療機関名																													
	主治医 所在地										〒										電話番号																			
⑧	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																																							
	特定疾病名																																							

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。

主治医より、過去の要介護認定・要支援認定にかかる主治医意見書について照会がある時は、当該事項について医療機関に提示することに同意します。

⑨ 本人氏名 代筆者氏名 続柄 ()

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	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。																
③	第2号被保険者 医療保険者情報 (該当する方のみ 記入)	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。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; float: right;">保険証のコピー も一緒に提出し てください。</div>																
④	被保険者住所	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。																
⑤	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。																
⑥	提出代行者名称	ご家族・親族等の代理人が申請書を提出する場合は、氏名を記入してください。 事業所が代行申請する場合は事業所名並びに氏名の記入が必要です。 日中、連絡ができる電話番号(携帯電話番号)を記入してください。																
⑦	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。																
⑧	第2号被保険者 医療保険者情報 (該当する方のみ 記入)	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 】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <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>	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																	
⑨	本人同意欄	ケアプラン作成等を行う為に、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、本人氏名を代筆した上で、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。																