

# 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<br>要介護更新認定・要支援更新認定                                        |                              | 申請書                                                                                                                                                                              |  |
| 丹波市長 様<br>次のとおり申請します。                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                                       |                              | ① 申請年月日 5年 4月 1日                                                                                                                                                                 |  |
| 申請者氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          | フリガナ タンバハナコ<br>② 丹波花子                                                 |                              | 本人との関係<br>※代理申請の場合記入のこと<br>③ 妻                                                                                                                                                   |  |
| 提出代行者名称                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                          | 該当に〇(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)<br>④ |                              |                                                                                                                                                                                  |  |
| 申請者住                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          | 〒669 3602<br>⑤ 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                                                            |                              | ⑥ 固人番号                                                                                                                                                                           |  |
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 医療保険<br>被保険者名                                            | フリガナ<br>タンバタロウ<br>氏名 丹波太郎                                             |                              | 被保険者番号                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 被保険者証記号                                                  | 番号                                                                    |                              | 枝番                                                                                                                                                                               |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 生年月日                                                     | 明治・大正・昭和<br>1年 1月 1日                                                  |                              | 年齢 歳 性別                                                                                                                                                                          |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                       | 〒669 - 3602<br>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<br>*14日以内に<br>他自治体から転入した者のみ記入                     |                              | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2<br>有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日<br>転出元自治体(市町村名) [ ]<br>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<br>(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)<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |  |
| 過去6月間の介護保険施設医療機関等入院の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ⑦ 介護保険施設の名称等・所在地<br>丹波市立病院<br>丹波市氷上町成松1<br>医療機関等の名称等・所在地 |                                                                       | 期間 現在入院中<br>5年 4月 1日 ~ 年 月 日 |                                                                                                                                                                                  |  |
| 主治医                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 主治医の氏名                                                   | 介護一郎                                                                  |                              | 医療機関名 丹波市立病院                                                                                                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 所在地                                                      | 〒669 - 3601<br>⑧ 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 保険者番号 ( )                                                           |                              | 医療保険被保険者証番号                                                                                                                                                                      |  |
| 特定疾病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                          | 記号 番号                                                                 |                              |                                                                                                                                                                                  |  |
| <input type="checkbox"/> 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。<br><input type="checkbox"/> 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。 |                                                          |                                                                       |                              |                                                                                                                                                                                  |  |
| 本人氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                          | ⑩ 丹波太郎                                                                |                              | 代筆者氏名 丹波花子 続柄(妻)                                                                                                                                                                 |  |
| 処理                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | システム入力                                                   | 主治医意見書依頼                                                              |                              | 認定調査依頼                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 済(月 日)                                                   | 済(月 日)                                                                |                              | 済(月 日)                                                                                                                                                                           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                       |                              | 被保険者証添付 有・無                                                                                                                                                                      |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                          |                                                                       |                              | 処理者                                                                                                                                                                              |  |

# 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。<br>※ 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。<br>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<br>介護保険施設<br>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。<br>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。<br>申請書と問診票を一緒に提出してください。<br>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<br>医療保険者情報<br>(該当する方のみ<br>記入) | <div>40～64歳の方は、現在加入されている医療保険の保険者・<br/>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。<br/>※ 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<br/>ます。<br/>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。<br/>【 16 の特定疾病 】</div> <div><table><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 後縦靱帯骨化症</td><td>⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎<br/>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<br/>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<br/>い変形を伴う変形性関節症</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></tbody></table></div> <div>保険証のコピーも<br/>一緒に提出してく<br/>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 後縦靱帯骨化症 | ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎<br>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<br>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<br>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 後縦靱帯骨化症                          | ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎<br>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<br>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<br>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。<br>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。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |      |          |          |       |             |          |           |                                |             |         |              |            |                                    |            |           |                                  |  |  |