

申請代行提出時の留意事項について

＜提出書類＞※申請書の控えが必要な場合は提出前にコピーをとっておいてください。

- ① 和泉市介護保険申請代行受付者一覧
 - ② 要介護認定・要支援認定申請書
 - ③ 認定調査について
 - ④ 介護保険被保険者証
- (※第2号被保険者の場合は、医療保険証の写しも必要)

◆ 申請代行受付者一覧

- 申請日ごと、申請区分ごとに分けて一覧を作成してください。
- 申請代行受付日は申請書の申請年月日と統一してください。

◆ 要介護認定・要支援認定申請書

- ①申請区分 該当する区分にチェックをしてください。
- ②申請年月日 事業所が受付した年月日を記入し、受付後は速やかに市に提出してください。
- ③申請の理由 新規・変更申請の場合は申請の理由を具体的かつ簡潔に記入してください。
※ 「状態の変化」や「ADLの低下」だけでは、具体的な状況が把握できないため、審査会に正しく伝えることができませんのでご協力お願いいたします。
- ④主治医 「介護の主たる原因となる疾患」を診察している主治医を、ご本人・ご家族に確認し、記入してください。
通院中の場合は、最終受診と次回受診予定を記入してください。
- ⑤提出者 事業者名、担当者名、所在地、電話番号を記入し、該当口にチェックしてください。
- ⑥医療保険情報 加入している医療保険の名称、被保険者証の記号・番号（枝番）を記入してください。
※第2号被保険者については、医療保険証の写しを添付してください。
※第1号被保険者については、医療保険証の写しの添付は不要です。
- ⑦特定疾病名 第2号被保険者の場合、介護を要する生活機能低下等の直接の原因となっている特定疾病名を記入してください。
- ⑧本人同意欄 ご本人・ご家族に内容の主旨を十分に理解していただいたうえ、できる限り本人による自署をお願いします。代筆の場合は、本人氏名を記名・押印してください。

次ページも確認してください

◆問診票について

主治医が和泉市内の医療機関の場合は、医療機関に問診票の提出が必要です。ご本人・ご家族の方に問診票を渡していただき、記入の上、申請から数日中に医療機関の受付へ提出していただくよう説明してください。

(問診票については、大阪府医師会ホームページよりダウンロードしてください。)

<提出前チェック欄>

- 代行申請一覧表は申請日ごと・申請区分ごとになっていますか。
- 申請区分は間違いありませんか。
- 主治医名の記入漏れはありませんか。
- 同意欄が自署でない場合は、本人の押印がありますか。
- 「認定調査について」の添付忘れはありませんか。

※第2号被保険者の場合

- 特定疾病名は記入していますか。
- 医療保険被保険者証の写しは添付しましたか。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

事業所記載例

和泉市長あて
次のとおり申請します。

被 保 険 者 (認定を受ける方)	申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規申請 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> その他			
	個人番号			申請年月日	〇〇年 〇月 〇日
	被保険者番号	000	生年月日	明・大・昭	〇〇年 〇月 〇日
	フリガナ	イズミ ハナコ		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	氏名	和泉 花子		電話番号	(〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇町 〇-〇-〇			
現在の認定区分	要介護() / 要支援() 有効期間: 年 月 日 から 年 月 日				
14日以内に他自治体から転入された方のみ	転入前市町村名(都・道・府・県 市・町・村) 転入前の市町村で要介護(要支援)認定を申請中ですか。 はい(申請日 年 月 日)・いいえ ※申請した結果がでている場合はいいえを選択				
申請の理由 ※新規・変更申請の場合必ず記入	③【例】〇月〇日に転倒し、左大腿部を骨折した。歩行や立ち上がりが困難な状態のため、着替えや清潔行為等に介護の手間がかかるため。				
介護保険施設 医療機関等に 入所・入院している場合	名称	〇〇〇ケアハウス			
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町 〇-〇-〇			
認定結果の送付先変更を希望する場合は〇をしてください	・上記、入院・入所先へ送付 ※認定結果送付までに退院・退所する場合は、ご連絡ください。 ④ 家族宅へ送付: 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町 〇-〇 (続柄: 長女) 〇〇様方				

主 治 医	④ 医療機関名	〇〇病院	医師氏名	〇〇 〇〇 (整形外科)
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市 〇〇町 〇-〇		
	受診状況	<input checked="" type="checkbox"/> 通院中(最終受診: 〇〇年〇月 〇日 / 次回受診予定: 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院中		

提 出 者	⑤ 氏名(続柄)	大阪 太郎 (ケアマネージャー)	事業者名	居宅介護支援事業所〇〇
	住所 又は所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 和泉市〇〇町〇番〇号 電話番号(〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇		該当に「し」 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院

加入医療保険の名称等 ※40歳から64歳の医療保険加入者は、医療保険証のコピーを添付してください

保険者名	⑥	保険者番号	
記号		番号	枝番

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

特定疾病名	⑦
-------	---

同 意 欄 本 人	・上記提出者を申請代理人として申請行為を委任します。 ・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認定結果・意見、及び主治医意見書を和泉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者に提供することに同意します。 また、主治医から求めがあれば要介護認定・要支援認定結果について主治医に提供することに同意します。 ・更新申請の場合、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える時であっても、現在の要介護(要支援)状態の区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。	
	市受付欄 事務処理欄 <input type="checkbox"/> 被保険者証 ※結果送付先 <input type="checkbox"/> 問診票 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 訪問調査 <input type="checkbox"/> 主治医意見書 <input type="checkbox"/> 資格者証	

本人氏名 ⑧ 和泉 花子 (和泉)
(認定を受ける方)
※本人が自署できない場合は記名押印してください