

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|--|--|--|------|--|----------------------|--|--|--|--|--|--|
| 被 保 険 者 （ 認 定 を 受 け る 方 ） | 申請区分 | <input 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 (マイナンバー) | 申請年月日 年 月 日 | | | | | | | | | | | |
| | 被保険者番号 | 0 0 0 | | | 生年月日 | | 明・大・昭 年 月 日 | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | | |
| | 氏名 | 性別 男 ・ 女 | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 電話番号 () - | | | | | | | | | | | |
| | 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 | | | | | | | | | | | | | |
| 緊急調査 ※当てはまる場合は ✓してください | <input type="checkbox"/> がん末期等により心身の状態が著しく悪く、数日中に容態の急変等で認定調査が実施できなくなる 可能性がある (病名：) | | | | | | | | | | | | |
| 介護保険施設 医療機関等に 入所・入院している 場合 | 名称 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 - | | | | | | | | | | | |
| この申請結果の送付先変更を希望される場合は✓を してください。 ※継続して変更を希望される場合は、別途届出が必要です。 | | <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 家族宅へ送付 :〒 - (続柄：) 様方 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------|--|--|--|--|------|-------------|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 医療機関名 | | | | | 医師氏名 | (科) | | | | | |
| | 所在地 | 〒 - | | | | 電話番号 | () - | | | | | |
| | 受診状況 | <input type="checkbox"/> 通院中(最終受診： 年 月 日 / 次回受診予定： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 入院中 | | | | | | | | | | |

| | | | | | |
|-------------|-------------|--|--|--|--|
| 提 出 者 | 氏名 (続柄) | () 事業 者 名 | | | |
| | 住所 又は所在地 | 〒 - 電話番号() - | | | |
| | | 該当に「レ」 <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 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 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|--|---------------|---|----|--|----|-------|--|--|--|--|
| 医 療 保 険 | 保険者名 | <input type="checkbox"/> 大阪府後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 国民健康保険(和泉市) <input type="checkbox"/> その他 () | | | | 保険者番号 | | | | |
| | 被保険者 記号・番号 | 記号 | 番号 | | 枝番 | | | | | |
| ※40歳から64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)は、必ず記入してください。申請受付時、医療保険加入者であることの確認を行います。 | | | | | | | | | | |

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 | | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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人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。 ・個人番号が不明な場合に、住民基本台帳等を用いて和泉市が確認することに同意します。 ・当該認定申請に必要な医療保険の加入状況の詳細が不明な場合、マイナンバーを利用した情報連携等により、和泉市が医療保険者に確認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"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (特記・付箋) |
| <input type="checkbox"/> 訪問調査 | ※2号医療保険資格確認方法 |
| <input type="checkbox"/> 主治医意見書 | <input type="checkbox"/> 添付有 |
| <input type="checkbox"/> 資格者証 | <input type="checkbox"/> () |

本人氏名

(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