

被 保 険 者 （ 認 定 を 受 け る 方 ）	① 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 (マイナンバー)		
	被保険者番号	0 0 0	② 申請年月日 〇〇 年 〇 月 〇 日
	フリガナ	イズミ タロウ	生年月日 明・大・③ 〇〇年 〇 月 〇 日
	氏名 ③	和泉 太郎	性別 男 ・ 女
	住所	〒〇〇〇- 〇〇〇〇 〇〇町〇-〇	電話番号 (〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇
	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	④ 【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。		
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 ⑤	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	
この申請結果の送付先変更を希望される場合は 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。	⑥ <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 checked="" type="checkbox"/> 家族宅へ送付 : 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 (続柄： 長女) 〇〇市〇〇町〇番〇号 大阪 花子 様方		

主 治 医	医療機関名	〇〇病院 ⑦	医師氏名	〇〇 〇〇 (科)
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	電話番号	() -
	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： 〇〇 年 〇 月 〇 日) <input type="checkbox"/> 入院中		

提 出 者	氏名 (続柄)	大阪 花子 ⑧ (長女)	事業 者 名	
	住所 又は所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇番〇号 電話番号 (〇〇〇) 〇〇 - 〇〇〇〇	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 checked="" 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	⑩
-------	---

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)

⑪

和泉 太郎

和泉

※本人が自署できない場合は記名押印してください

①申請区分	該当する区分に✓してください。
②申請年月日	申請日をご記入ください。
③被保険者	被保険者本人の氏名・住所・生年月日・電話番号等をご記入ください。 被保険者本人の介護保険被保険者番号、個人番号(マイナンバー)については、不明な場合は空欄で申請を受付します。また、個人番号を記入した場合は、①個人番号確認ができるもの、②身元確認ができるものをご提示ください(代理人による申請の場合は、代理人の身元確認できるものも必要です)。※郵送申請の場合は写しを添付してください。
④申請の理由	新規申請・介護度の変更申請の場合のみ、申請理由をご記入ください。 また、緊急の調査が必要な場合(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場合)は、□に✓し、病名をご記入ください。可能な限り速やかに認定調査の準備をすすめます。 ※内容に不明な点がある場合は、和泉市より問い合わせさせていただくことがあります。
⑤入所・入院している場合	入所・入院先についてご記入ください。
⑥結果送付先	認定申請の結果は、簡易書留で、 原則被保険者本人の住民票住所に送付 します。 今回の申請結果 について、被保険者本人の住民票住所以外への送付を希望される場合は□に✓をしてください。 また、家族宅へ送付希望の場合は、送付先住所、宛名及び続柄をご記入ください。
⑦主治医	提出者にて 、主治医の医療機関名、医師氏名等をご記入ください。申請受付後、和泉市から医療機関に主治医意見書の記入を依頼します。 (介護が必要な状態の、直接の原因となる疾患について治療しているなど、ご本人の状態を最も知っている医師についてご記入ください。) ※長期間受診されていない方は、再受診が必要な場合があります。
⑧提出者	提出者の氏名・住所等をご記入ください。
⑨医療保険	<p>加入している医療保険について記入してください。</p> <p>○40歳から65歳未満の方(第2号被保険者)は、申請受付時に医療保険資格の確認を行います。</p> <p>◎マイナンバーを利用した情報連携による資格確認もしくは、◎証明書等により資格確認しますので、記載のものをご提示ください。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">◎マイナンバーを利用した情報連携</div> <p>①対象者の個人番号(マイナンバー)確認ができるもの、②対象者の身元確認できるものをご提示ください。また、代理人による申請の場合は③代理人の身元確認できるものも必要です。 事業所による代行申請の場合は、①及び②の写しを封筒に入れた状態(個人番号が代行者に見えない状態)で対象者より預かり、窓口に提出してください。 ※なお、医療保険者によっては情報連携による資格確認ができないことがありますので、その場合は◎証明書等で資格確認を行います。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;">◎証明書等 (以下のいずれか1点をご提示ください。)</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> ①(マイナ保険証をお持ちの場合)マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」 ②(マイナ保険証をお持ちの場合)医療保険者が発行する「資格情報のお知らせ」 ③医療保険者が発行する「資格確認書」 </div> <p>※いずれの方法も困難な場合は、ご相談ください。</p>
⑩特定疾病名	40歳から65歳未満の方のみ 、必ずご記入ください。 (主治医に特定疾病に該当するか確認してください。)
⑪本人同意欄	同意欄の内容を確認し、 被保険者本人の氏名 をご記入ください。 ※本人が自署できない場合は被保険者本人の氏名を記入し押印してください。

○個人番号確認ができるもの:個人番号(マイナンバー)カード、通知カード、個人番号が記載された住民票の写し
○身元確認ができるもの:個人番号(マイナンバー)カード、運転免許証、パスポート、身体障がい者手帳等