

記入例 (表) ①

介護保険要介護・要支援認定申請書 (新規・更新・**区分変更**)

(宛先) 佐倉市長 次のおり申請します。 ②

※ 被保険者本人が申請する場合、申請者欄は、記入不要 申請年月日 令和 ○年○月○日

③ 提出代行者 (申請者)	氏名	佐倉太郎 <small>被保険者から見た続柄</small> 長男	
	住所 事業者名称	〒285-8501 電話番号 043(485)1711 佐倉市海隣寺町97	

④	被保険者番号	0000111223	個人番号	123456789012
	医療保険	保険者名 佐倉市 記号 倉	保険者番号 番号	12212 123456 枝番 7
⑤ 被保険者 (介護認定を受ける方)	フリガナ	サクラ ハナコ		
	氏名	佐倉花子		
	住所 ※住民票の住所を記入	〒285-0825 電話番号 043(485)6711 佐倉市江原台2-27		
	現在の認定の結果 ※更新・区分変更の場合のみ記入	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ※更新・区分変更申請の場合ご記入ください 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで ※更新・区分変更申請の場合ご記入ください		
	区分変更申請の理由	※区分変更申請の場合のみご記入ください (例)骨折により状態悪化した為。		

⑥ 調査の場所 現在、被保険者が居住している場所で調査を行います。	<input type="checkbox"/> 上記の被保険者の住所地に在住 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (実際の居住地を下欄に記入してください)
	〒 285-0843 電話番号 043(463)4181 佐倉市中志津2-32-4 病院、施設等の名称 A 病棟 2 階 201室 ○○病院 入院日(入居日) 平成 ○年○月○日 退院予定日 平成 ○年○月○日
調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 同席なし <input checked="" type="checkbox"/> 同席あり (下欄に同席者を記入してください)
	(フリガナ) 氏名 佐倉太郎 続柄 長男 電話番号 043(484)1771
日中の連絡先 ※日中につながる電話番号を記入してください。	(上記「調査時の同席者」と同じ場合、この欄は、記入不要です。) (フリガナ) 氏名 続柄 電話番号 ()

主治医欄は、医療機関に記入してもらう必要は、ありません。本人又は家族が記入してください。なお、申請後に主治医へ意見書作成の依頼をしますので、作成していただけるよう事前に確認されることをお勧めします。

⑦ 主治医	フリガナ	カイゴ イチロウ	医療機関名	○○病院
	主治医氏名 ※複数いる場合は、主な一人を記入	介護 一郎	診療科目名	△△科
	所在地	〒 285-0843 電話番号 043(463)4181 佐倉市中志津2-32-4		
	最終診療年月日	○○年 ○月 ○日	初診・再診	▼下の欄は記入しないでください▼

受付者	問診票	保険証	調査日時	調査員	調査場所	申請入力	調査割当	意見書依頼	保険料
	有・無 入院・入所	預 無	/ ()				E P	/	

①申請の区分記入欄です。「区分変更」に○をつけてください。

②申請書を提出する日をご記入ください。

③認定を受けるかた(被保険者本人)に代わって申請される場合、申請者の氏名等をご記入ください。
ご本人が申請される場合は記入の必要はありません。

④認定を受けるかた(被保険者本人)に関しての各項目をご記入ください。
○被保険者番号…介護保険の被保険者番号です。
※ご不明の場合、記入不要です

○個人番号…マイナンバーカードに記載されている12桁の番号です。
※ご不明の場合、記入不要です

○医療保険…健康保険被保険者証(又は後期高齢者医療被保険者証)に記載されています。
※40~64歳のかたはコピーを添付の上、できる限りご記入ください
※65歳以上のかたはご不明の場合、記入不要です

⑤認定を受けるかた(被保険者本人)に関しての各項目をご記入ください。

⑥訪問調査にお伺いする場所をご記入ください。
入院・入所先での調査をご希望の場合、お部屋の病棟や階数も記載してください。また、訪問調査の際の同席者の有無、日中につながる電話番号等もご記入ください。

⑦かかりつけの医師の氏名・医療機関名・最終診療年月日等をご記入ください。複数の医療機関や診療科に受診されている場合は、介護が必要になった主たる要因、又は、ご本人の状態を日頃から最もよく把握していると思われる医師1名をご記入ください。
※介護保険認定に必要な意見書は通常の診断書とは内容が異なります。しばらく受診されていないかたは受診が必要となる場合がありますので、かかりつけの医師にご確認ください。

裏面あり

裏面もご記入願います

記入例

(裏)

調査員への連絡事項

⑧ ※訪問調査を希望する曜日（土・日を除く）、佐倉市からのお電話を希望される時間帯、その他調査前に伝えておきたいことなどがありましたら、記入してください。

火曜日、金曜日の午前中調査希望。(月、水、木デイサービスのため)

⑧訪問調査に関して、ご希望の日程、時間等をご記入ください(土日除く)。その他、あらかじめ調査員に伝えておきたい事項をご記入ください。また、更新申請時における調査は、「市職員」又は「佐倉市から認定調査委託されたケアマネージャー」が行います。なお、新規申請の場合には、原則として市職員が調査にお伺いします。

⑨

情報提供についての同意の確認（個人情報、目的外には使用することはありません。）

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・要支援認定に係る調査内容、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、佐倉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、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。

主治医意見書を記載した医師から、「このかたの認定結果がわかったら教えてください」と佐倉市に依頼があった場合、認定結果を伝えることに同意します。

同意者 被保険者氏名 佐倉花子

(代筆の場合) 代筆者氏名 佐倉太郎 被保険者から見た続柄 長男

※ 代筆される場合には、被保険者氏名も記入してください。

⑨認定後、介護（予防）サービス計画を作成するために、認定時に使用した調査書・意見書等をケアマネージャー等が参考に使用することがあります。また、主治医意見書を記載した医師からの介護認定結果の問い合わせがあることがあります。ご本人に不利益となることはありませんが、個人情報のため、同意を確認させていただいております。同意をいただける場合はご本人の氏名を、代筆の場合は代筆者の氏名と続柄を併せてご記入願います。

⑩

この欄は、被保険者が40歳から64歳までの方のみ記入してください。

(被保険者が40歳から64歳までの方の場合は、申請時に健康保険証のコピーをつけてください。65歳以上の方は、必要ありません。)

特定疾病名 13 脳血管疾患

⑩40歳から64歳までのかたは、申請時に健康保険証の写しが必要になります。また、特定疾病名（16種の特定疾病に該当するかどうか医師にご確認ください）のご記入をお願いします。※表面の「医療保険」欄のご記入もお願いします。

※特定疾病名の欄には、以下の疾病名のいずれかをご記入ください。

1 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したもの）	9 脊柱管狭窄症
2 関節リウマチ	10 早老症
3 筋委縮性側索硬化症	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 両側の膝関節又は両側の股関節に著しい変形を伴う変形性関節症