

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

(R 8 年 4 月版)

* 右の該当するものに「レ」点をつけてください。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更

新規(要支援者の要介護への変更) 転入

(申請先) 横浜市 区長
 次のとおり申請します。 ※以下太枠内をご記入ください。(裏面もあります。) (記入日) 年 月 日

申請者 (認定を受けようとしている方)	
フリガナ	介護被保険者番号
氏名	生年月日
男・女	明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳)
住所(住民登録地) 〒 横浜市 区	※アパート・マンション名も記入してください。 電話番号 ()
上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない	個人番号
上記住所に居住していない場合は、実際の居住住所をご記入ください。(施設入所中・医療機関入院中の場合は、その名称もご記入願います。)	入院・入所先の住所・施設名等または居住地住所 電話番号 () 〒 - 施設名等: _____ 病棟 _____ 階 _____ 号室 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> その他 入所(予定)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

現在(最終)認定区分	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
他自治体から転入の場合	転出元自治体(市区町村)名() 転出元で要介護認定申請中の場合 申請日: 年 月 日
認定有効期間	平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日
特定疾病名	(第2号被保険者のみ記入 裏面参照)
区分変更申請の理由	(区分変更申請のみ記入)
主治医	医療機関名称: _____ 電話番号 ()
所在地:	医師名(診療科): _____ () 科) 最終受診月(令和 年 月)

(医療)保険者名称	<input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他の社会保険等	※横浜市国民健康保険加入の方は「横浜市」、神奈川県後期高齢者医療加入の方は「神奈川県」、その他の社会保険等加入の方は団体等の名称をご記入ください。
(医療)保険者番号	記号・番号(枝番)	

私は、要介護認定・要支援認定及び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、横浜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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る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。(更新申請の場合のみ) 私は、申請から 30 日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

申請者(認定を受けようとしている方)氏名

申請書を提出した方(申請者ご本人の場合は記載不要)	
ご家族等提出代行者以外 申請者との関係()	提出代行者(該当サービスに○をつけてください)
氏名:	地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護医療院 ・介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設 名称:
住所:	所在地:
電話番号: ()	電話番号: ()
受理年月日	居宅・介護予防サービス計画作成依頼事業者ケアプラン作成依頼 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 提出代行者と同じ)
* 区役所処理欄	受付 <input type="checkbox"/> 窓口(<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> その他) 受付入力
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収済 <input type="checkbox"/> 未収(<input type="checkbox"/> 紛失) 保険料未納 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
資格者証	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 郵送(<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 自宅) 同時申請 <input type="checkbox"/> あり()
調査指示	<input type="checkbox"/> 直営() <input type="checkbox"/> 振興会 <input type="checkbox"/> 委託()
意見書依頼	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> 本人宛郵送 <input type="checkbox"/> 医療機関郵送 <input type="checkbox"/> その他()

特定疾病(参考)	7 脊柱管狭窄症	12 閉塞性動脈硬化症
1 筋萎縮性側索硬化症	8 早老症	13 関節リウマチ
2 後縦靭帯骨化症	9 糖尿病性神経障害、 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	14 慢性閉塞性肺疾患
3 骨折を伴う骨粗鬆症	10 脳血管疾患	15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
4 多系統萎縮症	11 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	16 がん
5 初老期における認知症		
6 脊髄小脳変性症		

特定疾病情報(第2号被保険者の方のみ)と医療保険情報は、表面に記入欄がございます。

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入)の方は区役所への医療保険被保険者証(写)の提示にご協力願います。
第1号被保険者(65歳以上)の方は、医療保険被保険者証や後期高齢者医療被保険者証の提示は写しも含めて不要です。

訪問調査日程調整の連絡先 * 平日の日中に連絡が取れるところを記入してください

<input type="checkbox"/> 申請者ご本人 <input type="checkbox"/> 申請書を提出した方 <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)⇒	氏 名	申請者との関係()		
	住 所			
	TEL又は携帯 ()	FAX	()	
	勤務先・その他()			

訪問調査当日の立会い者(家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況を把握している方)をお願いします

<input type="checkbox"/> 上記日程調整者と同じ <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)⇒ <input type="checkbox"/> 立会い者なし	氏 名	申請者との関係()		
	住 所			
	TEL又は携帯 ()			

手続きを円滑にするため、以下の欄の記入をお願いします

訪問調査	都合が悪い日	都合が悪い曜日や時間帯等を記入してください。認定調査は原則平日の日中に行います。				
	訪問先	・自宅	・病院()	病棟	階	号室)
		・施設	・その他 ()			

次回通院予定日 令和 年 月 日

その他特記すべき事項 (サービス利用希望(予定)、最近の入所・入院状況、疾病・認知症の状況等、認定手続きにあたり留意すべき事項があれば記入してください。)

提出代行者の認定調査受託について 可 ・ 不可