

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

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

(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。

①

(申請先) 横浜市 〇〇 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) 〇 年 〇 月 〇 日

申請者 (認定を受けようとしている方)												
フリガナ	ヨコハマ	タロウ	介護被保険者番号									
氏名	横浜	太郎	男・女	生年月日		明・大・昭	〇〇	年	〇〇	月	〇〇	日
住所(住民登録地) 〒 〇〇 - 〇〇			※アパート・マンション名も記入してください。 電話番号 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇									
横浜市 〇〇 区 〇〇 町 〇〇 番地			②									
上記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input checked="" type="checkbox"/> 居住していない			個人番号		〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇
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 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇									
〒 〇〇 - 〇〇			横浜市 〇〇 区 〇〇 町 〇〇 番地									
施設名等: 〇〇病院			病棟 〇 階 〇〇 号室									
□特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □介護医療院 □グループホーム			□有料老人ホーム □その他 入所(予定)期間: 〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日									

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 checked="" 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 〇年 〇月 〇日 ~ 平成・令和 〇年 〇月 〇日
特定疾病名	(第2号被保険者のみ記入 裏面参照) 脳血管疾患
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: 〇〇病院 電話番号 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇
所在地: 横浜市 〇〇 区 〇〇 町 〇〇 番地	医師名(診療科): 港 一郎 (〇 内 科) 最終受診月(令和 〇 年 〇 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 横浜 太郎

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(子)		提出代行者(該当サービスに〇をつけてください)	
氏名: 横浜 一郎		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	
住所: 横浜市 〇〇 区 〇〇 町 〇〇 番地		名称:	
電話番号: 〇〇〇(〇〇〇) 〇〇〇		所在地:	
		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口なし口あり(<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()	

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 ⑫ <input type="checkbox"/> 申請書を提出した方 <input checked="" type="checkbox"/> その他(右欄に記入)⇒	氏名 横浜 花子 申請者との関係(子)
	住所 横浜市 ○○区 ○○町 ○○番地 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 ⑬ 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。 ⑭
	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、認定手続きに当たり留意すべき事項があれば記入してください。)

⑮

記入例1 : ○月○日から、○○病院に入院予定。また、病状については本人未告知のため、調査時に伝わることを注意してほしい。

記入例2 : ○月○日に転倒して骨折。生活全般に支障が見られ、家族が掃除、家事支援を行っている。今後はデイサービスやヘルパー等の利用を希望。

記入例3 : 感染症に罹患しているため、調査時はマスク等を必ず着用してください。

提出代行者の認定調査受託について **可・不可**

⑯

① 申請区分欄

【新規】

初めての申請、または認定有効期間切れの場合。

【更新】

現在受けている認定の有効期間の更新を申請される場合。

※現在の有効期間満了日の60日前から申請可能です。

【要介護・要支援状態区分変更】

現在認定を受けている方が、心身の状態の変化等により認定区分の変更が必要とされる場合。

【新規（要支援者⇔要介護への区分変更）】

要支援の認定を受けている方が心身の状態の変化等により要介護への変更が必要とされる場合。

【転入】

他市町村で介護認定を受け、転入日時点で有効な認定を持っている方が横浜市に転入された場合。

② 住所欄

ご住所(住民登録地)と電話番号を記入してください。

③ 個人番号欄

個人番号を記入してください。また、別紙「個人番号(マイナンバー) 本人確認について」をご参照ください。

※未記入でも申請の受理は可能です。確認書類の提出(提示)は必要ありません。

④ 入院・入所先の住所・施設名等または居住地住所欄

現在、入院や施設への入所等で、②の住民登録地以外に居住されている場合に記入してください。

⑤ 認定有効期間欄

現在認定を受けている場合は、その認定区分と認定有効期間を記入してください。

⑥ 特定疾病名欄 【65歳以上の方は記入不要】

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の方)は申請書裏面を参考に該当する特定疾病名を記入してください。

⑦ 理由欄 【要介護・要支援状態区分変更、新規(要支援者⇔要介護への変更)申請の場合のみ記入】

心身の状態の変化等により認定区分の変更申請をされる場合に、具体的な理由を記入してください。

例：骨折により介護の手間が増えている 等

⑧ 主治医欄

区役所から医療機関へ「主治医意見書」の作成を依頼しますので、主治医(現在のご本人の心身の状態がわかる医師)の医療機関名/所在地/電話番号/医師名/診療科/最終受診月を記入してください。

⑨ 医療保険情報欄

保険者名称には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。(被保険者の氏名等は記載しないでください。)

保険者番号、記号・番号は医療保険被保険者証等に記載のある番号を記入してください。

また、第2号被保険者(40歳以上65歳未満の方)は医療保険被保険者等の写しをご提示ください。

⑩ 申請者氏名の記入欄（同意欄）

同意内容をお読みいただき、ご本人（認定を受けようとしている方）の記名をしてください。

※申請書を提出された方（家族等）の記名欄ではありません。

⑪ 申請書を提出した方欄

申請書を提出される方を記入してください。（ご本人が提出される場合は記入不要です。）

【ご家族等提出代行者以外】

下記提出代行者以外方（ご家族等）が提出される際に記入してください。

【提出代行者】

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に所属されている方が提出を代行される際に記入してください。

⑫ 訪問調査日程調整の連絡先欄

訪問調査の日程調整等をするために、後日調査員より連絡があります。平日の日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。

※電話番号はお間違いのないよう記入してください。

⑬ 訪問調査当日の立会い者

調査当日に立会いされる方の氏名等を記入してください。

※ 正確な訪問調査を実施するため、ご家族や担当ケアマネジャー等、ご本人の日頃の状況を把握されている方の立会いをお願いいたします。

⑭ 訪問調査欄

訪問調査の日程調整をするうえで、ご都合の悪い日や訪問先を記入してください。（訪問先は原則、ご本人が普段生活をしている場所で行います。）

※ 入院中等に調査を希望される場合は調査先へ認定調査を実施して良いか事前にご確認ください。

⑮ その他特記すべき事項欄

手続きを円滑に進めるために、現在の状況や調査時に配慮が必要な事項等をご記入ください。

⑯ 提出代行者の認定調査受託について

事業者等が提出代行をする際に当該事業者が記入してください。（ご本人やご家族等が申請する場合は記入不要です。）

別紙

【個人番号(マイナンバー) 本人確認について】

「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」16条に基づき、個人番号(マイナンバー)を記載した申請書等の提出の際は、「本人確認」をさせていただきます。本人確認は、「番号確認」と「身元(実存)確認」に分類され、それぞれお持ちいただく書類は、以下の通りです。なお、本人確認書類を用意することが困難な場合は、区役所に対応いたします。

1 本人申請による場合

(1) 本人の個人番号(マイナンバー)の確認について、いずれか1点。

- ① 個人番号カード(裏面)
- ② 通知カードまたは、個人番号が記載された住民票の写し、住民票記載事項証明書
- ③ その他市区町村が定めるもの

(2) 本人の身元(実存)の確認について

- ① 個人番号カード(表面)
- ② 官公署が発行した顔写真付きの書類1点
例：運転免許証、旅券(パスポート)、障害者手帳、在留カード等
- ③ 官公署が発行した顔写真なしの書類2点
例：年金手帳等

2 代理人申請による場合

代理人が申請を行う場合、「代理権確認」、「代理人身元(実存)確認」及び「本人の個人番号確認」が必要になります。その際にお持ちいただく書類は次のとおりです。

(1) 代理権の確認について、①か②のいずれか。

- ① 法定代理人の場合：戸籍謄本、その他その資格を証明する書類。
- ② 任意代理人の場合：委任状。

(2) 代理人の身元(実存)の確認について、①か②のいずれか。

- ① 官公署が発行した顔写真付きの書類1点
例：個人番号カード(表面)、運転免許証、居宅介護支援専門員証、
旅券(パスポート)、在留カード等
- ② 官公署が発行した顔写真なしの書類2点
例：年金手証等

(3) 本人の個人番号(マイナンバー)確認について、①から③のいずれか。

- ① 本人の個人番号カードまたはその写し
- ② 本人の通知カードまたはその写し
- ③ 本人の個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書またはその写し
- ④ その他市区町村が定めるもの