

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区分変更) 転入

* 右の該当するものに「レ」点をつけてください。

(申請先) 横浜市 区長

次のとおり申請します。

年 月 日申請


* 太ワケ内の必要事項を記入してください。(裏面もあります)

申請者 (認定を受けようとしている方)	
フリガナ 氏名	被保険者番号
男・女	生年月日
	明・大・昭 年 月 日 (年齢 歳)
住所(住民登録地) 〒 ー 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、実際の居住地等を記入してください。	入院・入所先の住所・施設名等または居住地住所 〒 ー 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"/> 介護療養型医療施設 <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)の認定区分	<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
※他自治体からの転入者	転出元自治体(市町村)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)
変更申請・要支援認定からの新規申請の理由	
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(平成・令和 年 月)

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、介護保険施設、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅サービス事業者、介護予防サービス事業者又は指定市町村事務受託法人の関係人及び主治医意見書を記載した医師並びに横浜市より認定事務委託を受けた事業者及び認定調査を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。

申請者氏名(認定を受けようとしている方)

 (本人自署の場合は、押印不要です。)

申請書を提出した人(申請者本人の場合は記載不要)	
家族等提出代行者以外	提出代行者(該当サービスに○をつけてください)
申請者との関係()	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・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設
氏名:	名称:
住所:	所在地:
電話番号: ()	電話番号: ()

事業所印

受理年月日	居宅・介護予防サービス計画作成依頼事業者名【ケアプラン作成の依頼 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下欄に記入)】 <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、	14 慢性閉塞性肺疾患
3 骨折を伴う骨粗鬆症	糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症	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	10 脳血管疾患	16 がん
5 初老期における認知症	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	
6 脊髄小脳変性症		

医療保険情報(第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入)

医療保険者名			
医療保険者番号		医療保険証記号番号	
被保険者名		続柄	
取得日	昭・平・令 年 月 日		

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"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請書を提出した人 <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、認定手続きに当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