

介護保険（要介護・要支援）認定申請書の記入例（表面）

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 ①
*右の該当するものに「レ」点をつけてください。
新規(要支援者の要介護への区分変更) 転入

(申請先) 横浜市 区長 年 月 日申請
 次のとおり申請します。

| | | | |
|---------------------|---|--|---|
| 申請者 (認定を受けようとしている方) | | 被保険者番号 | 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 |
| フリガナ | ヨコハマ タロウ | 生年月日 | 明・大・昭 〇年〇月〇日 (年齢 〇〇歳) |
| 氏名 | 横浜 太郎 男・女 | 住所(住民登録地) | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 横浜市 〇〇区〇〇-丁目〇〇番〇号 ② 電話番号 045(〇〇〇)〇〇〇〇 |
| 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 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 |
| 上記住所に居 | 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 |
| 住していない | 〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇町〇〇番地 ④ | 施設名等: | 〇〇病院 病棟 〇階 〇号室 |
| 場合は、実際 | 施設名等: 〇〇病院 | 〇特別養護老人ホーム | 〇介護老人保健施設 |
| の居住地等を | 〇〇病院 | 〇介護療養型医療施設 | 〇介護医療院 |
| 記入してくだ | 〇特別養護老人ホーム | 〇介護老人保健施設 | 〇介護療養型医療施設 |
| さい。 | 〇有料老人ホーム | 〇その他 | 入所(予定)期間: 〇年〇月〇日~〇年〇月〇日 |
| 記入して | 現在(最終)の認定区分 ⑤ | <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 | |
| ください | 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 | |
| (裏面もあ | 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 ⑤ | |
| りませ | 特定疾病名 (裏面参照) | ⑥ 筋萎縮性側索硬化症 | |
| す) | 変更申請・要支援認定からの新規申請の理由 | ⑦ | |
| | 主治医 医療機関名称: | 〇〇病院 電話番号 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 | |
| | 所在地: 〇〇市〇町〇〇番地 | ⑧ | |
| | 医師名(診療科): | 港 未来 (〇〇 科) 最終受診月(平成・令和 〇年 〇月) | |
| | 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) | 横浜 太郎 (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(子) | 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: 横浜 一郎 | 名称: | |
| | 住所: 〇〇市〇町〇〇番地 | 所在地: | |
| | 電話番号: 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 | 電話番号: () | |
| | 受領年月日 | 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 〇なし 〇あり(下欄に記入)】 | |
| | | <input type="checkbox"/> 提出代行者と同じ | |
| | | *区役所処理欄 | |
| | | 受付 | 窓口(口包括) 〇その他 受付入力 |
| | | 被保険者証 | 〇回収済 〇未収(口紛失) 保険料未納 〇なし 〇あり |
| | | 資格者証 | 〇手渡し 〇郵送(口施設 〇自宅) 同時申請 〇あり() |
| | | 調査指示 | 〇直営() 〇振興会 〇委託() |
| | | 意見書依頼 | 〇手渡し 〇本人宛郵送 〇医療機関郵送 〇その他() |

① 申請区分欄

【新規】

初めての申請、もしくは認定期間切れの場合。

【更新】

現在受けている認定の有効期間の更新を申請する場合(現在の有効期間満了日の60日前から更新申請が可能です。)

【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要介護度の変更を希望する場合。

【新規(要支援者の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を希望される場合。

② 住所欄

住民登録地のご住所とご連絡先を記入してください。

③ 個人番号欄

個人番号が記入されている場合は、「本人の個人番号」と「本人の身元」が確認できる書類が必要となります。代理人による申請の場合は「代理権」「代理人の身元」「本人の個人番号」が確認できる書類が必要です。

番号が分からない等、個人番号が未記入の場合も申請を受理します。

※個人番号未記入の場合、確認書類の提示は必要ありません。

※確認書類詳細は最終ページをご確認ください。

※旧様式で申請する場合も③の欄に記入をしてください。

④ 実際の居住地欄

現在、②の住所地以外にいらっしゃる場合に記入してください。

⑤ 現在の認定欄

現在認定を受けている場合は、その区分と期間を記入して下さい。(新規の方は記入不要です。)

⑥ 特定疾病名欄

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の方)は裏面を参照して該当する特定疾病名を記入してください。65歳以上の方は記入不要です。

⑦ 理由欄

「要介護・要支援状態区分変更申請」、「要支援者の要介護への区分変更申請」をする場合に、区分変更申請をする理由(心身の状態の変化等)を記入してください。

介護保険（要介護・要支援）認定申請書の記入例（裏面）

| | | |
|--|--|---|
| 特定疾病(参考) 1 筋萎縮性側索硬化症 2 後縦靭帯骨化症 3 骨折を伴う骨粗鬆症 4 多系統萎縮症 5 初老期における認知症 6 脊髄小脳変性症 | 7 脊柱管狭窄症 8 早老症 9 糖尿病性神経障害、 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 10 脳血管疾患 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 | 12 閉塞性動脈硬化症 13 関節リウマチ 14 慢性閉塞性肺疾患 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 16 がん |
|--|--|---|

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 | ⑪ | | |
| 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

| | | | | | |
|---|----------|--------------|----------|---|---|
| ⑫ | 氏名 | 横浜 一郎 | 申請者との関係(| 子 |) |
| <input type="checkbox"/> 本人 | 住所 | 〇〇市〇町〇〇番地 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> 申請書を提出した人 | TEL又は携帯 | 〇〇〇(〇〇〇)〇〇〇〇 | FAX | (|) |
| <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)⇒ | 勤務先・その他(| 〇〇-〇〇-〇〇 | | | |

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 checked="" type="checkbox"/> 上記日程調整者と同じ | 氏名 | 申請者との関係() | | | |
| <input type="checkbox"/> その他(右欄に記入)⇒ | 住所 | | | | |
| <input type="checkbox"/> 立会い者なし | 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

| | |
|------|--|
| ⑬ | 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。 |
| 訪問調査 | 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、認定手続きに留意すべき事項があれば記入してください。)

記入例1:〇月×日から、〇〇病院に入院予定。また、病名については本人未告知のため、調査時気を付けてほしい。

記入例2:〇月×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を入れたいので、申請をする。

提出代行者の認定調査受託について ⑭ 可・不可

⑧ 主治医欄

区役所から主治医へ「意見書」の作成を依頼しますので、主治医(または現在の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 同意欄

同意内容をお読みいただき、ご本人の記名・押印または自署をしてください。

⑩ 申請書を提出した人欄

申請書を提出する人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。

⑪ 医療保険情報欄

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の方)は医療保険証を提示し、この欄に医療保険者名及び医療保険証記号番号を記載してください。65歳以上の方は記入不要です。

⑫ 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、平日の日中に連絡がとれる連絡先を記入してください。電話番号は複数ご記入いただいても構いません。(固定電話・携帯電話等)

※電話番号は確実に連絡がとれるようお間違いのないよう記入願います。

訪問調査当日の立会い者欄も記入してください。

⑬ 特記欄

手続きを円滑に進めるために、訪問調査を実施するにはご都合が悪い日等を記入してください。その他特記すべき事項があれば記入してください。

⑭ 認定調査受諾可否欄

一番下にある「提出代行者の認定調査受託について」は、事業所が提出代行をする場合に当該事業所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。

※個人番号を記載した際の確認書類について

① 本人申請による場合

本人が申請書等を作成し区役所へ提出する場合は、次のとおりです。

ア 本人の個人番号(マイナンバー)の確認について

原則として本人の個人番号カードや通知カード、本人の個人番号が記載された住民票の写しが必要ですが、困難な場合は持参しなくても構いません。区役所で必要な対応を行います。

イ 本人の身元の確認について

本人の個人番号カードや運転免許証など官公署が発行した顔写真入りの書類が必要ですが、これらを持参することが困難な場合には、本人の介護保険被保険者証や負担割合証など本人の個人識別事項（「氏名＋住所」又は「氏名＋生年月日」）が記載されている書類を2つ以上持参する必要があります。

② 代理人による申請の場合

代理人が申請を行う場合、個人番号（マイナンバー）が記載された申請書等を区役所で受付する際に、「代理権」、「代理人の身元」及び「本人の個人番号(マイナンバー)」の3点を確認させていただきます。その際に必要な確認書類は次のとおりです。

(ア) 「代理権」の確認

成年後見人等の法定代理人の場合は、戸籍謄本その他その資格を証明する書類を、それ以外の任意代理人の場合は、委任状又は本人の介護保険被保険者証など官公署等から本人に対して発行された書類を持参してください。

(イ) 「代理人の身元」の確認

代理人の運転免許証や居宅介護支援専門員証など官公署が発行した顔写真入りの書類を持参してください。これらを持参することが困難な場合には、公的医療保険の被保険者証や年金手帳など代理人の個人識別事項（「氏名＋住所」又は「氏名＋生年月日」）が記載されている書類を2つ以上持参してください。

(ウ) 「本人の個人番号(マイナンバー)」の確認

原則として本人の個人番号カードや通知カード、本人の個人番号が記載された住民票の写しが必要ですが、困難な場合は持参しなくても構いません。区役所で必要な対応を行います。