

介護保険 [要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定] 申請書

館山市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日		令和	年	月	日	区分
申請者 氏名・名称	該当に○《地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院》 《家族（続柄）》					2号
申請者住所	〒					受付
	担当者名					介護システム
	電話番号					申請入力

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											個人番号											主治医		
	医療 保 険	保険者名											保険者番号											別送付先	
	被保険者証	記号											番号											枝番	番号
	フリガナ											生年月日											年	月	日
	氏名											性別	男・女	年齢											歳
	住所	〒										電話番号													
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 ・ 要支援状態区分 1 2										有効期間 年 月 日 から 年 月 日										保険証関係			
		※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)										はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日										回収済		
	現在入院・入 所している介 護保険施設・ 医療機関等	施設の名称										病棟	外、内科・リハビリ・その他 階 号室										調査時回収		
		施設の所在地										期間 年 月 日～ 月 日 (退院予定)										紛失			
別送付先	〒																				資格証期限				

別送付先	〒																				依頼区分
------	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------

主治医	医療機関名											主治医の氏名											在宅 施設
	所在地	〒										電話番号										新規 継続	
	直近の受診日	(/)																					

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、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、館山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もしくは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。

本人署名

(代筆者氏名)

【申請・記入に当たってのお願い】

本人署名欄は、必ず本人が署名してください。
本人が署名できない場合は、本人の了解を得て家族、代行者等が本人署名欄を代筆の上、代筆者氏名欄も記入してください。

必ず裏面もご記入ください。

◎調査時の希望

調査場所	自宅 ・ 施設 ・ 医療機関 その他 ()
家族の同席	必要性 無 ・ 有 (同席者)

◎調査日程の連絡について

連絡先	自宅 ・ 申請者宅 ・ その他 ()
連絡時間	いつでも ・ その他 ()

◎サービス利用状況

通所系サービス	利用日 月・火・水・木・金・土・日・毎日・その他 ()
訪問系サービス	

◎その他

※ 世帯の状況 (独居 ・ 高齢者世帯)

◎2号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入 ※医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

説明 第2号被保険者 (40～64歳の方) の特定疾病名

老化が原因とされる16種類の病気は以下のとおりです。

- ①筋萎縮性側索硬化症 ②後縦靭帯骨化症 ③骨折を伴う骨粗しょう症 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・糖尿病性網膜症 ⑩脳血管疾患
- ⑪進行性核上性麻痺・大脳基底核変性症・パーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】
- 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に限る。)

※介護保険被保険者証及び被保険者の個人番号が確認できるものと、提出者の身分証明書をご持参ください。

※代理人による申請で被保険者の介護保険被保険者証がない場合は、委任状が必要です。

【館山市使用欄】 ※確認したものに☑及び○印 番号確認 個人番号カード・個人番号が記載された住民票の写し

<input type="checkbox"/> 身元確認	<input type="checkbox"/> 番号確認	<input type="checkbox"/> 代理権確認
<input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (以下より1点) 個人番号カード ・ 運転免許証 身体障害者手帳 ・ パスポート 介護支援専門員証 ・ その他 ()	<input type="checkbox"/> 顔写真なし身分証明書 (以下より2点) 医療保険証 ・ 介護保険証 年金手帳 ・ 住民票写し その他 ()	委任状 介護保険証 その他 ()