

# [ 記入方法 ]

## 更新申請の方へ

裏面の「介護保険要介護認定の更新申請をされる方の臨時的な取扱いについて」を確認のうえ、**延長希望される方は、** の項目について記入は不要です。

### 認定申請事由及び申請日欄

・該当する認定申請事由に☑チェックをして、申請日を記入してください。

### 被保険者欄

・『住所』欄は、住民票に記載されている住所を記入してください。  
 ・『現在の要介護認定』欄は、前回認定された要介護度及び有効期間を記入してください。(新規申請の場合は記入不要)  
 ・『申請理由』欄は、区分変更申請の場合のみ記入してください。なお、区分変更申請する人で、介護サービスを利用している人は、担当ケアマネージャー、地域包括支援センター及び施設担当職員と事前に相談してください。

### 申請書を提出した人の欄

・申請書を提出した人を選択してください。(本人が申請をする場合は記入の必要はありません。)  
 ・親族を選択された場合は、氏名・続柄・電話番号を記入してください。  
 ・提出代行者を選択された場合は、提出代行者(事業所等)が記入をしてください。  
 ・その他を選択された場合は、氏名・本人との関係・電話番号を記入してください。

### 主治医欄

・医療機関名、主治医名(フルネーム、総合病院の場合は診療科も記入) 所在地、電話番号を記入してください。入院中の場合は、「入院中」にチェックし、「受診状況」欄の記入は不要です。外来の場合は、「受診状況」欄に最終受診日と次回受診予定日を記入してください。  
 ・申請受領後、数日中に、市から主治医に意見書の記入を依頼します。事前に意見書の記入について主治医に相談し、了承を得た日を記入してください。事前の相談ができていない場合は、「無」にチェックし、申請後速やかに申請したことを連絡してください。  
 ・40歳～64歳の方は、介護保険の特定疾病に該当する場合のみ申請できます。主治医に確認し、特定疾病名を記入してください。(左下記載の一覧表参照)

こちらは裏面です。表面にも記入欄がありますので、記入漏れにご注意ください。

裏

|   |                    |                              |  |
|---|--------------------|------------------------------|--|
| 40歳～64歳の方は、本欄をご記入いただくか、医療保険証の写しを添付してください。           |                    | 写し添付有                        |  |
| 医療保険者番号   | 医療保険者名             |                              |  |
| 医療保険被保険者証<br>記号番号                                   |                    |                              |  |
| 資格取得日   | 年 月 日              | 区分 本人・扶養                     |  |
| 7<br>日程調整時の連絡先<br>(いずれかにチェック)                       | 被保険者本人             | 提出代行者                        | 入院先・入所先 (担当)                             |
|   | フリガナ<br>氏名<br>電話番号 | カイゴ サブロウ<br>介護 三郎<br>〇〇〇 - - | 被保険者との関係<br>三男<br>(同居・別居)<br>住所<br>〇〇県 市 |
| 立会者<br>推挙人の場合は備考欄に記載<br>(いずれかにチェック)                 | フリガナ               | 氏名                           | 被保険者との関係<br>(同居・別居)                      |
|   | 電話番号               |                              | 住所<br>(別居の場合)                            |
| 上記連絡先と同じ  |                    |                              |  |
| ☑立会者無   |                    |                              |  |
| ☑自宅(表面記載の住所)  |                    |                              |  |
| 入院先・入所先   |                    |                              |  |
| 施設名 :<br>所在地 :<br>電話番号 :<br>担当者 :<br>退院・退所予定日 年 月 日 |                    |                              |  |
| 調査場所<br>(いずれかにチェック)                                 |                    |                              |  |
| その他(親族宅など)<br>住所 :<br>電話番号 :                        |                    |                              |  |

「連絡先」「立会者」「調査場所」のそれぞれについて必ずご記入ください。

備考欄 認定調査の実施にあたり留意すること(病気や認知の状態など)や訪問日時に関する要望などを記入ください。

### 同意欄

・主治医や居宅介護支援事業所等に対する情報提供及び認定延期通知の省略に同意する場合は、被保険者氏名(認定を受けようとしている人)を記入してください。(代筆の場合は、代筆者身元確認書類と代理権確認書類により押印不要です。)

### 医療保険情報欄

・40歳～64歳の方は、申請資格確認のため、医療保険情報を本欄にご記入していただくか、医療保険証の写しを添付してください。

### 訪問調査についての欄

・訪問調査の日程調整について、連絡先、立会者、調査場所を記入してください。  
 ・日程調整時の連絡先及び立会者には、調査日の日程調整のため調査員等から電話連絡が入りますので、日中連絡がつく電話番号を記入してください。

### 備考欄

・裏面「介護保険要介護認定の更新申請をされる方の臨時的な取扱いについて」を参照のうえ、「延長希望(本人・家族同意)」か「調査希望(本人・家族同意)」のいずれかを記入してください。

[問い合わせ先] 相模原市介護保険課認定班 電話042-769-8342

|   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| 介護保険 要介護 認定申請書  |  | 相模原市長 あて   |  |
| 要支援   |  | 次のとおり申請します。  |  |
| 1 該当するものにチェック☑してください。   |  |  |  |
| 1 <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入 |  | 申請日 年 月 日  |  |
| 2<br>事項を漏れなく記入してください。裏面にも記入欄がありますのでご注意ください。   | フリガナ   | カイゴ タロウ  | 生年月日 明・大(昭)〇年 × 月 日  |
|   | 氏名   | 介護 太郎  | 性別 男・女 年齢 歳  |
|   | 住所   | 〒〇〇〇- 電話番号 〇〇〇- 住民票上の住所を記入   |  |
|   | 現在の要介護認定<br>新規申請時は記入不要   | 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5<br>有効期間 〇〇年××月 日 ~ 〇〇年 月××日<br>新規・更新申請の場合、こちらの理由欄は記入不要です。 |  |
| 3<br>本人が申請する場合は記入の必要はありません。   | 親族   | 氏名   | 介護 一郎 続柄 長男 電話番号 〇〇〇- -                                    |
| 提出代行者   | 該当するものに<br>地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設・介護医療院・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設<br>名称<br>所在地<br>電話番号<br>担当<br>提出代行者による認定調査の実施(可・不可) |  |  |
| 4<br>記入欄がありますのでご注意ください。   | 医療機関名  | 〇〇〇病院  | 主治医名 フルネームで記入(科)   |
| 5<br>本人自署の場合は、押印不要です。代筆の場合は、代筆者身元確認書類と、代理権確認書類により、押印不要です。代理権確認書類 被保険者の介護保険被保険者証など官公署から発行された書類等                      | 所在地  | 〒〇〇〇- 電話番号 〇〇〇- 病院の所在地を記入 入院中  |  |
| 受診状況  | 最終受診日 〇〇年 月 日(3か月以内が目安) 次回受診予定日 〇〇年 月 日<br>意見書記入について主治医の了承 ☑有(確認日 〇〇年 月 日) 無(次回受診時相談予定)  |  |  |
| 特定疾病名(40歳～64歳の方のみ記入)<br>主治医に確認後、記入してください。   | 事務処理使用欄<br>被保険者証 回収・紛失・後日<br>資格者証 窓口交付・郵送<br>個人番号確認 申請入力 資格者証発行<br>下記載欄に☑<br>以下 介護保険課使用欄<br>電話番号確認 調査依頼 意見書依頼                              |  |  |
| 被保険者氏名<br>(認定を受けようとしている人)   | 印  |  |  |
| 本人自署の場合は、押印不要です。代筆の場合は、代筆者身元確認書類と、代理権確認書類により、押印不要です。代理権確認書類 被保険者の介護保険被保険者証など官公署から発行された書類等                           | 番号確認欄  | 個人番号カード(身元確認不要)通知カード(住民票(番号有))   | 住民基本台帳過去作成ファイル(その他)  |
|   | 身元確認欄  | 2歳以上   | 運転免許証 運転経歴証明書 障害者手帳 其他写真付証明書( )<br>公的医療保険の被保険者証 年金手帳 其他( ) |

特定疾病一覧 (注)法律で定める特定疾病の順序とは異なります。

|            |  |
|------------|--|
| 筋萎縮性側索硬化症  | 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症                           |
| 後縦靭帯骨化症    | 脳血管疾患  |
| 骨折を伴う骨粗鬆症  | 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【パーキンソン病関連疾患】          |
| 多系統萎縮症     | 閉塞性動脈硬化症   |
| 初老期における認知症 | 関節リウマチ   |
| 脊髄小脳変性症    | 慢性閉塞性肺疾患   |
| 脊柱管狭窄症     | 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                         |
| 早老症        | 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 |