

介護保険 要介護 要支援 認定申請書

相模原市長 あて
次のとおり申請します。



※該当するものにチェック☑してください。

新規 更新 区分変更 転入 その他 申請日 年 月 日

※必要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。

被 保 険 者	フリガナ	生年月日		明・大・昭	年	月	日
	氏名	性別		男・女	年齢	歳	
	住所	電話番号					
	現在の要介護認定 ※新規申請時は記入不要	※該当するものに○ 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 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
医療 保 険 情 報	申請理由(区分変更の場合は必ず記入してください)						
	※該当するものに○ 国民健康保険・後期高齢者医療保険・社会保険・未加入(生活保護受給者) 医療保険情報等が記載された書類(資格確認書等)の写しを添付する場合、次の項目の記入を省略いただけます。						
	(社会保険の方のみ) 医療保険者名	(社会保険の方のみ) 医療保険者番号					
	医療保険被保険者 記号・番号		資格取得日		昭・平・令	年	月 日
	資格取得日		昭・平・令	年	月	日	区分
					本人・扶養		

申 請 書 を 提 出 し た 人 本人が申請する場合は 記入の必要はありません	<input type="checkbox"/> 親族	氏名	続柄	電話番号	-	-
	<input type="checkbox"/> 提出代行者	※該当するものに○ 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 介護老人保健施設・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設 名称 所在地 電話番号 担当者 提出代行者による認定調査の実施(可・不可)				
	<input type="checkbox"/> その他	氏名 施設名	本人との 関係	電話番号	-	-

■私は、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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、相模原市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、相模原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(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。
■(※更新申請のみ)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。

被保険者氏名
(認定を受けようとしている人) _____
代筆者氏名
(代筆の場合は必ず記入) _____
被保険者と代筆者の関係 _____

事務処理使用欄		
被保険者証	回収・紛失・後日	
資格者証	窓口交付・郵送	
①個人番号確認	②申請入力	③資格者証発行
下記確認欄に✓		
以下 介護保険課使用欄		
電話番号確認	調査依頼	意見書依頼
至急対応 有・無		

① 番 号 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 個人番号カード	<input type="checkbox"/> 住民基本台帳	身 元 確 認 欄	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 障害者手帳
	<input type="checkbox"/> 通知カード	<input type="checkbox"/> 過去作成ファイル		<input type="checkbox"/> 運転経歴証明書	<input type="checkbox"/> その他写真付証明書()
	<input type="checkbox"/> 住民票(番号有)	<input type="checkbox"/> その他 ()		2点以上	<input type="checkbox"/> 公的医療保険の資格確認書等
				<input type="checkbox"/> 年金手帳	<input type="checkbox"/> その他()

※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。



主治医	医療機関名		主治医名	(科)
	所在地	〒 - -		電話番号 - -
	受診状況	最終受診日	年 月 日 (3か月以内が目安)	次回受診予定日 年 月 日
	意見書記入について主治医の了承	<input type="checkbox"/> 有 (確認日 年 月 日)		<input type="checkbox"/> 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) ※主治医に確認後、記入してください。			

訪問調査について	<input type="checkbox"/> 被保険者本人 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 入院先・入所先 (担当)				
	日程調整時の連絡先 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> その他 (上記以外)	フリガナ		
			氏名		
			電話番号		
			被保険者との関係	(同居・別居)	
	立会者 ※複数人の場合は備考欄に記載 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 上記連絡先と同じ			
		<input type="checkbox"/> 上記連絡先以外	フリガナ		
			氏名		
			電話番号		
			被保険者との関係	(同居・別居)	
		住所 (別居の場合)			
<input type="checkbox"/> 立会者無					
調査場所 (いずれかにチェック)	<input type="checkbox"/> 自宅(表面記載の住所)				
	<input type="checkbox"/> 入院先・入所先 <input type="checkbox"/> 主治医欄と同じ(退院・退所予定日以外は記入不要)				
	施設名	:			
	所在地	:			
電話番号	:				
担当者	:		退院・退所予定日 年 月 日		
<input type="checkbox"/> その他(親族宅など)					
住所	:		(様方)		
電話番号	:				

「がん」等で調査を特に急ぐ理由がある方は、その理由を具体的にご記入ください。

理由()

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ご記入ください。

事務処理使用欄	
介護保険課 受領印欄	出先窓口 受領印欄