

## 介護保険要介護認定・要支援認定（更新・変更）申請書

申請年月日

令和〇年〇月〇日

(宛先) 八千代市長

①

次のとおり申請します。

新規 更新 変更 要支援者の要介護新規

※該当する□に、レ印を記入してください。

② 被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		
	フリガナ	ヤチヨ タロウ	生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	氏名	八千代 太郎	性別	男・女	
	住所	〒 276-8501 八千代市大和田新田312-4 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	認定を お持ちの方	要介護状態区分	1 〇 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		有効期間	令和〇年〇月〇日から 令和〇年〇月〇日まで		
変更等の理由		歩行が困難になり、身の回りのことができなくなったため。			
	転入者	転出元自治体（市町村）名（ ）			
介護保険施設 に入所（院） 中の方	介護保険施設の名称・所在地	電話番号			
	〒				
医療機関等に 入院中の方	医療機関等の名称・所在地	電話番号			
	〒 大和田病院	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇			
	病棟・号室等	入退院・手術予定等			
	〇〇病棟〇階〇号室				

③

主治 医	医療 機関名	大和田病院	主治医の氏名	大和田 太郎
	所在地	〒 276-0045 八千代市大和田312-6 電話番号		

被保険者以外が提出する場合は、記入してください。

④

提出 代 行 者	事業所の 名称・ 申請者氏名	(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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・指定介護医療院) 該当する場合は、〇印を付けてください。 八千代 一郎	被保険者 との関係	長男
	所在地	〒 276-8501 八千代市大和田新田312-5 電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入してください。

⑤

医 療 保 険	保険者名	保険者番号	記号	番号
	資格取得日	年 月 日	資格区分	本人・被扶養者 特定疾病名

⑥

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八千代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又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。

被保険者氏名 八千代 太郎

## 記入方法について

※各項目は申請書の記入例と連動しておりますので、①の申請区分から順に記入をお願いいたします。

### ①申請区分

「新規」

現在、要介護（要支援）認定を受けていないため、新たに申請される方。

※過去に認定を受けていて、認定有効期間が満了された方も新規扱いとなります。

「更新」

現在受けている要介護（要支援）の認定有効期間が満了するが、引き続き介護サービスを利用するため認定有効期間を更新される方。

「変更」

要介護1～5の認定を受けており、身体状況等が変化（状態が悪化もしくは改善）したため介護認定区分の変更を申請される方。

「要支援者の要介護新規」

要支援1・2の認定を受けており、身体状況等が変化（状態が悪化もしくは改善）したため介護認定区分の変更を申請される方。

### ②被保険者

要介護（要支援）認定を受けられる方の情報をご記入ください。被保険者番号から現在の認定までの項目は、お手持ちの介護保険被保険者証(緑色3つ折り)を参考にご記入ください。

#### 変更等の理由

→変更等の理由は、申請区分が「変更」及び「要支援者の要介護新規」の場合に必須となります。

例)

- ・歩行が困難になり、身の回りのことができなくなった。
- ・本人の身体状況が悪化（改善）し、以前よりも介護量が増加（減少）したため。等

#### 介護保険施設の入所(院)中の方

→被保険者が介護保険施設に入所（院）されている場合は施設の名称・所在地をご記入ください。

介護認定調査を行う際の日程調整等に必要な情報となります。

#### 医療機関等に入院中の方

→被保険者が入院されている場合は医療機関の名称・所在地、病棟・号室等階をご記入ください。面会等が困難で詳細がわからない場合にはわかる範囲で構いません。入退院日、手術予定等もわかる範囲でご記入ください。

介護認定調査を行う際の日程調整等に必要な情報となります。

### ③主治医

介護が必要となった直接の原因である病気等を治療している医師または、日頃からご自身の病歴や健康状態を理解しており、心身の状態をよく知っている医師のことをいいます。**なお、申請いただく前には必ず主治医に対し、介護認定に係る主治医意見書を作成いただくことができるかの確認をお願いいたします。**

主治医の氏名・・・〇〇先生等の苗字だけではなく、**フルネームで必ずご記入ください。**

※医療機関によっては、同じ苗字の医師が複数名いる可能性があり、名前の記載が無いと主治医を特定できず、主治医に対し意見書の作成依頼ができない可能性があります。

医療機関名・・・医療機関の名称をご記入ください。

所在地・・・医療機関の住所、連絡先をご記入ください。

### ④提出代行者

申請される方の情報をご記入ください。ご家族やご友人の申請も可能です。

また、申請者に対し、被保険者が要介護(要支援)認定を受けるにあたって必要となる認定調査の日程調整等の連絡を入れることがありますので、連絡先等の記入漏れがないようお願いいたします。

### ⑤2号被保険者(40歳～64歳までの方)の申請

お手持ちの健康保険証を参考にご記入いただき、**申請時にはこれらの情報がわかる健康保険証等のコピーを添付してください。**

**なお、2号被保険者(40歳～64歳までの方)について、下記の特定疾病に該当されない場合は申請いただくことができません。**

特定疾病			
がん(※)	関節リウマチ	筋萎縮性側索硬化症	後縦靭帯骨化症
骨折を伴う骨粗鬆症	初老期における認知症	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	脊髄小脳変性症
脊柱管狭窄症	早老症	多系統萎縮症	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
脳血管疾患	閉塞性動脈硬化症	慢性閉塞性肺疾患	両側の膝関節または股関節の著しい変形を伴う変形性関節症

※がんについては、医師が回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限りします。

### ⑥被保険者氏名

被保険者氏名について、「地域包括支援センターや介護保険事業者等及び主治医への情報提供」に同意される場合は被保険者本人による署名をお願いします。**なお、本人による署名が難しい場合には、本人等から同意を得たうえで申請者が被保険者名をご記入ください。**

不明な点がございましたら**長寿支援課 認定班**までご連絡ください。

八千代市役所 長寿支援課 認定班 047-421-6736(直通)