

記入方法

第41号様式

介護保険証を添付してください。

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

座間市長 宛

新規 更新

次のとおり申請します。

区分変更 転入継続

被保険者	被保険者番号					申請年月日	年	月	日
	フリガナ					生年月日	明大昭	年	月
	氏名					性別	男女	年齢	歳
	住所	〒 座間市				電話番号	()		
	現在の要介護認定区分等	要介護状態区分 (1 2 3 4 5)				要支援状態区分 (1 2)			
	※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。 はい・いいえ (既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」の場合、申請日 年 月 日			
主治医	医療機関名					主治医の氏名			
	所在地	〒				電話番号	()		
	最近の受診日	年 月 日 (次回受診予定 年 月 日)							
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入(医療保険証の写しを添付してください。)									
特定疾病名									
窓口に来た人(被保険者本人の場合は記載不要)									
家族等 (提出代行事業者以外)	氏名					被保険者との関係			
	住所	〒				電話番号	()		
提出代行事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院	名称					電話番号	()		
	所在地	〒				電話番号	()		
	担当者								
私は、提出代行事業者に申請手続の代行業を委任しました。									
被保険者氏名 _____ (印) ※本人自署の場合は押印不要です。									
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、及び主治医意見書を、座間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若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に同意します。									
被保険者氏名 _____ (印) (親族代筆者名) _____									
※本人自署の場合は押印不要です。									

(市役所確認欄)

●郵送 (連絡 あり なし)

●被保険者証 ●資格者証

●意見書新規継続区分 新規 2回目以降

●保険料：滞納あり (保険係へ 済 未)

●医療保険証(2号のみ) あり なし

●意見書在宅区分 在宅 施設

個人番号

1 番号確認: 個人番号カード 通知カード 住民票

2 本人確認: 個人番号カード 運転免許証 その他 ()

① 御本人(介護サービスを受けたい方)の情報や申請年月日を御記入ください。「被保険者番号」や「現在の要介護認定区分等」は介護保険被保険者証の記載内容を御確認ください。※14か以内に他自治体から転入した者のみ記入の欄は、新規・更新・区分変更申請の方は記入不要です。



② 主治医の情報を御記入ください。最近受診した日と次に受診する予定日を御記入ください。



③ 御本人が40歳から64歳の方は特定疾病名を必ず御記入ください。医療保険証の写しの添付が必須となります。



④ 当申請書を窓口にご持参される方が、御家族等で下記「提出代行者」に当たらない場合は、御記入ください。

⑤ 当申請書を窓口にご持参される方が、「提出代行者」のいずれかに当たる場合は、御記入ください。「被保険者氏名」は必ず本人自署または御家族の記名押印をお願いいたします。

⑥ この欄は御本人または御家族以外記入できません。「被保険者氏名」は御本人のお名前を御記入ください。本人自署であれば押印は不要です。御家族の代筆の場合は押印のうえ、「親族代筆者名」に御記入いただいた方のお名前を御記名ください。

記入方法

* 認定調査にあたっての確認事項 *

以下の項目を記入してください。

新規 更新(月)
区分変更 転入継続

被保険者番号	フリガナ									
	氏名 (歳)									
申請理由	1 介護サービス利用希望のため 2 更新のため 3 主治医のすすめ 4 住宅改修 5 その他() ※具体的に記入してください。									
変更申請の理由 (変更申請の方のみ記入)	⑧									
【調査の立ち会い】										
立ち会い者氏名	⑨ 本人との関係									
住所										
【認定調査の日程調整】										
連絡先	<input type="checkbox"/> 立ち会い者 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他()									
上記の方の 日中の連絡先	電話番号 ⑩									
【本人が現在いるところ】※調査場所は、原則本人が現在いる場所となります。申請後変更がある場合は調査員へお伝えください。										
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	駐車場 有()・無()									
<input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅()										
住所	⑪ 電話番号									
<input type="checkbox"/> 病院・施設(名称 入院・入所年月日(年 月 日))	(病棟名・号室等)									
所在地	電話番号									
【その他】都合の悪い日や時間帯、調査時に気づいてほしいこと等がありましたら記入してください。										
⑫										
【窓口に来た人】										
氏名	⑬ (事業所名等)									
連絡先	()									
【事務所記入欄】										
現在のサービスの 利用状況	<input type="checkbox"/> 未利用 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> サービス利用()									
その他	⑭									
調査(<input type="checkbox"/> 担当 <input type="checkbox"/> 外() <input type="checkbox"/> 介() <input type="checkbox"/> 市())										

⑦ 御本人(介護サービスを受けたい方)の被保険者番号、お名前、申請理由を御記入ください。(区分変更の場合は、5 その他に理由を記載してください。)



⑧ 変更申請の理由は、できるだけ具体的にご記入下さい。(区分変更申請の方のみ記入)



⑨ 認定調査に立ち会っていた方だけの情報を御記入ください。



⑩ 認定調査に何う日程を調整させていただける方の情報を御記入ください。



⑪ 御本人が実際に現在いらっしゃる場所の情報をご記入ください。御自宅以外にいらっしゃる場合は、名称・住所・電話番号も必ず御記入ください。



⑫ 認定調査員にお伝えしたいことがありましたら御記入ください。

⑬ 窓口に来た方のお名前(事業者の場合は事業所名も)と電話番号を御記入ください。

⑭ 記入しないでください。