

記入方法 (要介護認定の臨時的な取扱い)

第41号様式

①

6か月延長希望

介護保険 要介護・要支援 認定申請書
座間市長 宛 【申請の際は、介護保険証を添付してください。】
次のとおり申請します。

新規 更新
区分変更 転入継続

被保険者番号		申請年月日		年	月	日
医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 神奈川県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 座間市		保険者番号		
	被保険者証	記号	番号	枝番		
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	〒 座間市		② 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	有効期間 (年 月 日) から (年 月 日)		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。)						
③ 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	④ 被保険者との関係		住所 〒 電話番号 ()		
	提出代行事業者	名称	⑤		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きの代行を委任しました。						
被保険者氏名		⑥ ※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出することに同意します。						
被保険者氏名		⑦ (親族代筆者名) ※本人自署の場合は押印不要です。				

令和四年四月一日以降に申請書を提出される際は、「医療保険情報」を御記入ください。

① 申請書右上「6か月延長」と朱書きし、更新にチェックを入れてください。



② 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。
医療保険情報は、医療保険証の記載内容を御確認ください。
※「14日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。



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 当申請書を窓口へ御持参される方が、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 当申請書を窓口へ御持参される方が、「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「御家族による記名押印」をお願いします。

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 ()

- (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

記入方法

* 認定調査にあたっての確認事項 *

新規 更新(月)

以下の項目を記入してください。

区分変更 転入継続

被保険者番号		フリガナ	
	⑥	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 (6か月延長希望)		
変更申請の理由 (変更申請の方のみ記入)			

⑥ 御本人(介護サービスを受けた方)の被保険者番号、お名前、申請理由を御記入ください。

申請理由は、「5 その他」に○を付け、カッコ内に「6か月延長希望」と御記入ください。

【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 type="checkbox"/> 自宅	駐車場	有	無
<input type="checkbox"/> 自宅以外の居宅 ()	住所	⑦	電話番号
<input type="checkbox"/> 病院・施設 (名称) (病棟名・号室等)	入院・入所年月日 (年 月 日)		
所在地	電話番号		

⑦ 現在、御本人が実際にいらっしゃる場所の情報を御記入ください。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。

【調査の立ち会い】

立ち会い者氏名	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 ()

【その他】 都合の悪い日時、調査時に気をつけてほしいこと等がありましたら記入してください。

--

【窓口に来た人】

氏名	(事業所名等)
連絡先	()

(事務局記入欄)

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

調査 (<input type="checkbox"/> 担当 <input type="checkbox"/> 外 () <input type="checkbox"/> 介 () <input type="checkbox"/> 市 ())
