

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

新規 更新 変更 転入

新規(要支援から区変) 新規(事業対象者)

※該当するものにレ印をつけてください。

※総合事業のサービスを利用している方が、認定申請をする場合は、事前に地域包括支援センターへご相談ください。

受付	担 当	係長（主幹）	課長（参事）
決裁			
施行			

大和市長 あて
次のとおり申請します。

		申請日 (市受領日)	平成 年 月 日	
被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	生年月日	
	フリガナ		明・大・昭 年 月 日	
	氏 名		性 別	
	住 所 (住民登録地)	〒 -	年 齢	
	現在 いる所 (調査場所)	施設名 (病棟/部屋番号)	自 宅 携 帯	歳
	1. 自宅以外 (右欄ご記入)	施設住所	(退所・退院予定日：平成 年 月 日)	様方)
	2. 自宅	種 別 (該当にレ点)	電話番号	
認定情報	月末まで	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	

主 治 医	医療機関名	最終受診 年 月	平成 年 月
	主治医氏名 (診療科)	(科)	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 継続
	所在地	〒 -	電話番号 - -
特定 疾 病 名	※2号の被保険者 (40歳から64 歳の医療保険加入 者)のみ記入		
(※疾病名：裏面参照)			
2号の方は健康保険証のコピーを必ず添付してください。(添付がないと申請を受付できません)			

代 理 人 ・ (提 出 代 行 者)	フリガナ 氏 名 (続柄) (提出代行者名)	<input type="checkbox"/> (※代理人は不要) (提出代行者の場合は必ず押印)	(続柄：)
	住 所 (所在地)	〒 -	自 宅 携 帯
	提出代行者 種 別	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 指定介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設	
	本人への説明 の有無	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 (※本人への説明を行ってください) ※提出代行者から本人・家族に今回の代行申請について説明を行っていますか。	

認定調査の立会者 (<input type="checkbox"/> 代理人が立会い)	名 前： 自宅・携帯 - -	続 柄： ※代理人が立会いの場合は当欄記入不要
---	----------------	-------------------------

※裏面の記入もお願いいたします。

被保証 無 有・返却済

【変更申請の場合、その理由】

【認定調査内容・主治医意見書等の提供について】

1. 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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大和市から地域包括支援センター（委託契約を締結した居宅介護支援事業者も含む）、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、介護保険施設の関係人、地域密着型サービス事業者、又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。また、認定調査において必要とされた場合、認定調査に従事する調査員に提示することに同意します。
2. 介護認定審査会における判定結果が非該当又は要支援1及び要支援2の場合、高齢者の総合相談等を担当する地域包括支援センターに介護保険（要介護・要支援）認定申請書に記載された氏名、生年月日、住所、連絡先等に関する情報を提供することに同意します。

【更新の場合のみ】

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。

本人氏名 _____

代筆者氏名 _____ 続柄（ ） _____

＜特定疾病一覧（参考）＞

- ①筋萎縮性側索硬化症^{キンイシュクセイソクサクコウカシヨウ} ②後縦靭帯骨化症^{コウジュウジンタイコッカシヨウ} ③骨折を伴う骨粗鬆症^{ともなうコツソウショウシヨウ} ④多系統萎縮症 ⑤初老期における認知症^{セキズイ} ⑥脊髄小脳変性症^{セキチュウカンキョウサクシヨウ} ⑦脊柱管狭窄症 ⑧早老症 ⑨糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑩脳血管疾患 ⑪パーキンソン病関連疾患 ⑫閉塞性動脈硬化症 ⑬関節リウマチ ⑭慢性閉塞性肺疾患 ⑮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 ⑯がん末期

【認定調査の日程調整の連絡先】

※認定調査の日程調整を行う際の連絡先を下記から1つ選択してください。

なお、下の欄にチェックがない場合は、おもて面の認定調査立会者、代理人、被保険者、提出代行者の順に連絡をいたします。

<input type="checkbox"/> 被保険者	<input type="checkbox"/> 代理人	<input type="checkbox"/> <他> 名前： 連絡先： — — 続柄：（ ）
<input type="checkbox"/> 認定調査の立会者	<input type="checkbox"/> 提出代行者	

訪問調査にお伺いするにあたり、都合が悪い曜日や時間帯等を記入してください。

【代行申請者の場合】 認定調査委託の可否（更新申請の場合）： 可 否

個人番号