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（要支援からの区分変更）　□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）	年　月　日

被保険者

被保険者番号	０００		生年月日	明・大・昭　年　月　日	
医療保険	保険者名		保険者番号		
	被保険者証	記号		番号	枝番
フリガナ			性　別	男　・　女	
氏　名			年　齢	歳	
住　所（住民登録地）	〒　－		自宅　－　－ 携帯　－　－ （　様方）		
現在 いる所（調査場所） 1．自宅以外（右欄ご記入） 2．自宅	施設名（病棟/部屋番号）	（退所・退院予定日：　年　月　日）			
	施設住所	〒　－	電話番号　－　－		
	種　別（該当にレ点）	□特別養護老人ホーム　□介護老人保健施設　□病院　□介護医療院 □グループホーム　□特定施設　□その他（　）			
認定情報	月末まで	要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５			
※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		最終受診年　月	年　月
主治医氏名（診療科）	（　科）	【大和市記入欄】 □　新規　□　継続	
所在地	〒　－	電話番号　－　－	

２号の被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）は特定疾病名を記入して下さい。（疾病名：裏面参照）

※２号の方は医療保険者から交付される、氏名・生年月日、医療保険の被保険者番号、保険者情報等が記載された書類のコピーを必ず添付してください。（添付が無い場合、大和市において医療保険情報の確認が出来た日が申請日（市受領日）となります）

特定疾病名		【大和市記入欄】 医療確認　□確認済　□未確認

代理人・（提出代行者）

フリガナ 氏 名（続柄） （提出代行者名）		（続柄：　）
	（提出代行の場合：担　当　者　名：　）	
住　所（所在地）	〒　－	自宅　－　－ 携帯　－　－
提出代行者種　別	□居宅介護支援事業者　□地域包括支援センター　□地域密着型介護老人福祉施設 □指定介護老人福祉施設　□介護老人保健施設　□介護医療院	
本人への説明の有無	□実施　□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（□代理人が立会い）	名　前： 続　柄：	自宅・携帯　－　－ ※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等について】

1．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、主治医意見書、大和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、大和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。

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。

3．更新申請をした日から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ョウ）　②後縦靭帯骨化症（コウジュウジンタイコッカショウ）　③骨折を伴う骨粗鬆症（ともなうコツソショウショウ）　④多系統萎縮症　⑤初老期における認知症　⑥脊髄小脳変性症（セキズイ）　⑦脊柱管狭窄症（セキチュウカンキョウサクショウ）　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（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）

【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。

□被保険者　□代理人 □認定調査の立会者　□提出代行者	□　＜他＞　名　前： 連絡先：　－　－ 続　柄：（　）
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