

【新規】初めて、もしくは認定期間切れの場合
 【更新】現在受けている認定の有効期間の更新をする場合
 【区分変更】現在、要介護の認定を受けている方が、心身の状態等の変化により、要介護度の変更を希望する場合
 【新規(要支援から要介護への区分変更)】現在要支援の認定を受けている方が、心身の状態等の変化により、要介護への変更を希望する場合

提出する日 **【認定資料①】**

要支援認定申請書

申請年月日 令和 ● 年 ● 月 ● 日

(交通事故等) が一因ですか? (どちらか一方に○)

はい・いいえ 事故発生日 年 月 日

※該当するもの を付けてください。

新規 新規(要支援状態から要介護状態への区分変更) 更新 区分変更 転入継続(転出元市町村名())

※転出元自治体において認定申請中ですか (はい ・ いいえ) ※「はい」の場合、申請日 年 月 日

介護保険 被保険者番号	2 0 0 0 0 0 1 2 5 4	個人番号	
医療 保険	<input type="checkbox"/> 医療保険証 別添のとおり ※添付の場合は保険者名～番号枝番までの記載は不要です		
	保険者名	<input type="checkbox"/> 瑞穂市 <input type="checkbox"/> 本巣市 <input type="checkbox"/> 北方町(市町国保加入の方) <input type="checkbox"/> 岐阜県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> その他()	
	被保険者証 記号	※保険証にない場合は不要 「その他」の場合は、保険者名、保険者番号、 記号、番号、枝番を記載してください。	
フリガナ	トス 太郎		生年月日 昭和○年○月○日
氏名	もとす 太郎		性別 男・女
住所	〒501-0466 本巣市下真桑1000 電話番号 (058-000-0000)		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
変更申請の理由	※申請区分のチェック☑が「新規(要支援状態から要介護状態への区分変更)」「区分変更」の場合のみ記入 区分変更、新規(要支援から要介護状態への区分変更)の場合、その理由を記載してください。例:骨折して歩けなくなった。など...		
過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等入院・入所の有無	有・無 介護保険施設の名称 電話番号 () 医療機関等の名称等 ○○病院 (058-000-0000) 過去6カ月間に入院、入所していた場合は記載してください。 月 日 期間 令和○年○月○日 ~ 令和○年○月○日		
主治医	主治医の氏名	○○ ○○ 現在の心身の状況を最もよく把握している医師を記載してください。(外科)	
	所在地	〒○○市○○番地 訪問調査の日程調整等をするために、平日の日中に連絡が取れる電話番号を記載してください。何か都合がある場合は、留意事項に記載してください。	
今回の申請で、被保険者の窓口となる方の連絡先及び留意事項	連絡先住所	〒501-0466 本 連絡先氏名 もとす 花子 (続柄 長女) 電話番号 (090-0000-0000) [留意事項] ・医療保険証の代わりとなる「資格確認書」「資格者証」の写し ・「マイナポータル」画面の印字 ※いずれかを提出	

第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必ず添付してください

特定疾病名	40歳～64歳の方のみ記載してください。 下記の16の特定疾病名の該当するものを一つ記載してください。 ●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およびパーキンソン病 ●青髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●早老症 ●多系統萎縮症 ●脳血管疾患 ●糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症 ●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に著しい変形を伴う変形性膝関節症
提出代行者	該当する所に○(地域包括支援センター・居宅介護)
名称	
住所	〒

介護サービス計画 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
 ケアマネ、施設の職員等が代わりに申請する場合は記載してください。
 本人・家族・知人等が申請する場合は記載不要です。
 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
 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
 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。 被保険者の名前を記載してください。

本人氏名 もとす 太郎

【手続きに必要な書類】

- ・介護保険被保険者証
- ・医療保険証の写し（40歳から64歳の方のみ）

個人番号を記入した場合は下記の書類の提出が必要です。※記入しなければ不要です。

被保険者本人が申請

- ① 個人番号が分かるもの（個人番号カード等）
- ② 身分証明書（顔写真付き）
※顔写真付きの身分証がない場合は下記のいずれか1点
医療保険被保険者証、年金手帳、介護保険被保険者証、
介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証

被保険者本人以外の方が申請

- ① 被保険者の個人番号が分かるもの（個人番号カード等）または写し
- ② 被保険者の介護保険被保険者証以外の身分証明書1点
医療保険被保険者証、年金手帳、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証
- ③ 手続きをされる方の身分証明書（顔写真付き）
※顔写真付きの身分証がない場合は下記等の身分証2点
医療保険被保険者証、年金手帳

【お願い】

1 医療機関へ入院中の方へ

- ・退院の見通しが立ってから要介護認定の申請をしてください。
- ・退院予定日が決まっている方は、認定調査員による認定調査をご自宅で実施します。退院予定日を申請窓口でお伝えください。
- ・退院後直ちに施設入所を希望する方は、その旨を申請窓口でお伝えください。

2 当面サービス等を利用する予定のない方へ

- ・今後、サービスの利用が必要となった時点で申請してください。

3 サービスを利用されている方へ

- ・有効期間の終了までに介護認定申請書の提出がない場合、介護サービスを受けられない期間が生じますのでご注意ください。（認定有効期間が終了した後であっても、新規申請をして認定されると、申請された日から利用したサービスに介護保険が適用できます。お住まいの地域包括支援センターやケアマネジャー等にご相談ください。）

【受付窓口】

瑞穂市

本庁：地域福祉高齢課
巢南庁舎：市民窓口課

本巢市

本庁：長寿支援課
根尾分庁舎：地域調整課

北方町

福祉子ども課

もとす広域連合
介護保険課

郵送先 〒501-0466 本巢市下真桑 1000 番地 もとす広域連合 介護保険課 認定係
※申請は郵送でも受付可能ですが、必ず介護保険被保険者証（原本）を同封してください。