【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

※該当するものに、クを付けてください。

□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

被保険者	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	□　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	□瑞穂市　□本巣市　□北方町(市町国保加入の方) □岐阜県後期高齢者医療　□その他(　　)										保険者番号											
		被保険者証	記号	※保険証にない場合は不要										枝番	※保険証にない場合は不要									
	フリガナ	モトス　タロウ											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－○○○－○○○○)											
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2																						
		有効期間　令和○年○月○日　～　令和○年○月○日																						
	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																						
	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(　－　－　)											月　日										
			医療機関等の名称等 ○○病院 (058－○○○－○○○○)										期間 令和○年○月○日　～　令和○年○月○日											
主治医	主治医の氏名	○○　○○																						
	所在地	〒 ○○市○○○番地																						
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－○○○○－○○○○)																						
	[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	

※本人及びご家族の方が提出される場合、お

提出代行者	名称	該当する所に○(地域包括支援センター・居宅介護
	住所	〒

介護サービス計画　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　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　、もとす広域連合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サ　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。

本人氏名　もとす　太郎

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
●脊髄小脳変性症　●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

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。

被保険者の名前を記載してください。

【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
巣南庁舎：市民窓口課

本巣市
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 本巣市下真桑 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。