

介護保険 要介護・要支援認定申請書

もとす広域連合長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

※この申請は第三者行為（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

※該当するものにチェック☑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	被保険者番号											個人番号												
	フリガナ											生年月日	年 月 日											
	氏名											性 別	男 ・ 女											
	住 所	〒										電話番号（	- - ）											
者	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	年 月 日 ~ 年 月 日																						
	変更申請の理由	※右上のチェック☑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																						
者	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（	- - ）										期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
			医療機関等 の 名 称 等 電話番号（	- - ）										期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
主治医	主治医の氏名											医療機関名	(科)											
	所 在 地	〒										電話番号（	- - ）											
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	〒																						
	連絡先氏名	(続柄)										電話番号（	- - ）											
[留意事項]																								

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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号										
特定疾病名																					

※本人及びご家族の方が提出される場合、提出代行者の欄は記入不要です。

提出代行者	名 称	該当する所に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護療養型）									
	住 所	〒									
		電話番号（									

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、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示することに同意します。

受付印

本人氏名

※記入上の注意事項

※申請年月日を記入してください。

※今回申請した一因が第三者からの不法行為（交通事故、医療ミス、けんか）ですか？
どちらか一方に○印付け、右の事故発生日（過去3年以内）を記入してください。わかる範囲内で結構です。

※今回申請する区分に✓を入れてください。要支援からの変更申請は「新規（要支援状態から要介護状態への区分変更）」に✓を入れてください。転入の場合は該当項目に記入してください。

※被保険者の情報は、介護保険被保険者証や個人番号（マイナンバー）の分かる書類と照合しながら記入してください。個人番号がわからない場合は、記入しなくても構いません。

※変更申請（新規（要支援状態から要介護状態への区分変更）、区分変更が対象）の場合、申請に至った理由を記入してください。

例 ・認知症が悪化し、徘徊などの介護の手間が増えた。
・〇〇日に転倒骨折し、寝たきり状態になった。 など

※被保険者が過去6ヶ月間に入院・入所していたかどうかを、有・無に○印を付けてください。
有の場合、施設名、電話番号及び期間を記入してください。

※被保険者の主治医をフルネームで記入してください。数名いる場合、被保険者のことを最もよく把握している1名を記入してください。
名前が分らない、名字しか分らない等の場合も、分かる範囲で結構ですので、記入願います。

※被保険者の状態がよく分かるご家族（介護者）の名前を記入してください。（連絡が取れる電話・携帯の番号を記入）
連絡の取れる時間帯が決まっている方は、時間帯・曜日等の情報を留意事項に記入してください。

※第2号被保険者（40～64歳）の方のみ記入。上段は医療保険証と照合しながら記入してください。下段には16の特定疾病名を記入してください。医療保険証の原本をお持ちになり、申請書と一緒に窓口にお出ください。

※包括・居宅・施設が被保険者に代わって申請する場合に記入してください。
（被保険者本人・家族・知人等の場合は記入不要）
提出を代行した事業所名と窓口にお見えの方の氏名を記入してください。

※被保険者の氏名を記入してください。（自署できなければ代筆可）

◎個人番号（マイナンバー）確認に伴い必要となる書類は裏面のとおりです。

申請における個人番号の確認について

申請書に個人番号を記入した場合は、以下の個人番号確認書類等の提出が必要です。
（個人番号がわからない場合は、記入しなくても構いません。）

【被保険者本人が申請する場合、必要なもの】

申請書、介護保険被保険者証(原本)、医療保険証（原本 2号のみ）、被保険者本人の身分証明書（顔写真付き）等、個人番号が分かるもの（個人番号カード等）

顔写真付きの身分証明書が無い場合は、次のいずれか1点

- ・医療保険被保険者証、年金手帳、年金証書、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証

【それ以外の方が申請する場合、必要なもの】

申請書、介護保険被保険者証（原本）、医療保険証（原本 2号のみ）、代理権が確認できるもの、代理人の身分証明書（顔写真付き）等、個人番号が分かるもの（個人番号カード等）又はその写し

代理権が確認できるものとして、介護保険被保険者証（原本）以外には次のとおり

- ・被保険者の家族が申請する場合：被保険者本人の医療保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証、年金手帳、年金証書のうちいずれか1点。どれも無い場合は委任状
- ・成年後見人の方が申請する場合：成年後見人決定通知書
- ・知人、包括、居宅、施設が申請する場合：被保険者本人の医療保険被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証、年金手帳、年金証書のうちいずれか1点。どれも無い場合は委任状

顔写真付きの身分証明書が無い場合は、次の2点以上

- ・医療保険被保険者証、年金手帳、年金証書、児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書