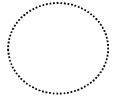


介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

申請書記入注意点

(宛先) 松阪市長
次のとおり申請します。

① 申請種別 新規 更新 変更
申請年月日 年 月 日



② 被保険者

介護保険被保険者番号											個人番号										
医療保険被保険者記号・番号	記号				番号				枝番												
フリガナ											生年月日	年	月	日							
氏名											性別	男・女									
住所											電話番号										
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															
	有効期限	年	月	日	から	年	月	日													
変更申請の理由																					
過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日			
	医療機関等の名称等・所在地										期間	月	日	～	月	日	手術: 有 (月 日) ・ 無				

① 申請種別: 期限切れの場合は新規として取り扱います。

② 被保険者情報
・ 第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) の場合、次のどちらかの画面か、「資格確認証」を提示してください。
 (1) マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」
 (2) マイナポータルにアクセスして医療保険の被保険者資格情報が表示された画面 (介護保険最新情報 Vol.1307より)
・ 住所: 住民票住所を記入してください。
・ 変更申請の理由: 申請種別が変更の場合、病状や体の状態の変化について詳細を記入してください。
・ 入院入所の有無: 入所中・入院中の場合、その旨を必ず記入してください。また、入院中の場合は入院日、手術の有無も記入してください。

③ 申請書提出者情報: 被保険者本人が申請の場合のみ、記入は不要です。
・ 代行申請の場合は提出代行者欄のみ記入してください。
 担当者名および担当者につながる電話番号を記入してください。

④ 記入いただいた内容に基づき松阪市から主治医に意見書の作成を依頼しますが受診の時期によっては作成が難しい場合があります。
・ 主治医の氏名: 医療機関名が総合病院の場合、主治医が所属する科を追記してください。
・ 市外医療機関の場合は、所在地・電話番号を必ず記入してください。

③ 申請者

申請者名	被保険者との関係										電話番号										
提出代行者名称	該当○ (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・介護療養病棟)										担当者名										
提出代行者住所	〒										電話番号										

⑤ 特定疾病は、以下のとおりです。
・ 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)
・ 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及びパーキンソン病
・ 脊髄小脳変性症 ・ 脊柱管狭窄症 ・ 早老症 ・ 多系統萎縮症
・ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
・ 脳血管疾患 ・ 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関節症

④ 主治医

主治医の氏名											医療機関名										
所在地	〒										電話番号										

⑤ 第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名										
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

⑥ 本人の署名が自筆できない場合は、本人同意のうえ代筆してください。
 代筆の場合、代筆者の氏名と被保険者との関係を記入してください。

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、主治医意見書、松阪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、松阪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。

年 月 日 被保険者名 _____
代筆者 _____ 被保険者との関係 _____

⑥ 保険者確認欄

保険証確認	資格証発行	申請日	受付日	意見書登録	調査票登録	調査員	対応者	個人番号
済・未	/	/	/	/	/			本・代・職

2枚目にもご記入いただきたい箇所がございますのでご確認をお願いします。
本用紙は裏面に続きます。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書



⑦

(宛先) 松阪市長
次のとおり申請します。

申請種別 新規 更新 変更
申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号											
	医療 被保険者 記号・番号	記号				番号			枝番			
	フリガナ						生年月日	年 月 日				
	氏名						性別	男 ・ 女				
	住所											
		電話番号										
	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					
		有効期限 年 月 日 から					年 月 日					
	変更申請の 理由											
	過去6月間の 介護保険施設、医療 機関等入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地					期間	年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関等の名称等・所在地					期間	月 日～ 月 日					
	手術：有 (月 日) ・ 無											

申請者 氏名	被保険者との関係		電話番号
提出代行者 名称	該当○ (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・介護医療院)		
	担当者名		
提出代行者 住所	〒		
	電話番号		

主治医	主治医の氏名			医療機関名	
	所在地	〒		電話番号	

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

訪問調査にかかる事前確認事項

⑧

立 会 い	<input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (被保険者との関係)
連 絡 先	<input type="checkbox"/> 被保険者 <input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 ()
被保険者宅以外の調査場所	<input type="checkbox"/> 入院・入所先 <input type="checkbox"/> その他 () 駐車場 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
サ ー ビ ス 利 用	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない
申 請 理 由 (新 規 ・ 更 新)	<input type="checkbox"/> 加齢に伴う身体機能の低下 <input type="checkbox"/> 病気や障害の影響 <input type="checkbox"/> 認知症の症状進行 ※病名・症状・困りごと・希望のサービスなど ()
備 考	

⑦ 窓口でお渡しする申請書は2枚複写になっています。
書き込みをされる方は⑧へ進んでください。
印刷で提出される方は、特定疾病名の欄までは同内容を記入してください。

⑧ 訪問調査にかかる事前確認事項：訪問調査にうかがうにあたり確認したい事項
ですので、すべての欄に記入してください。
・申請理由は申請種別が新規・更新の場合必須です。
・変更の場合、変更申請の理由欄へご記入いただきますので申請理由への記入は
不要ですが、お体の状態をあらかじめ確認するため、ご記入いただいてもかまいません。