

介護保険 要介護・要支援認定申請書

(あて先) 宇都宮市長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 年 月 日

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|--------------------------------------|--|--|
| 被 保 険 者 (認 定 を 受 け る 人) | 被保険者番号 | | 申請区分 該当に | 新規・更新・変更・介護・転入 (要支援の方の変更申請は介護申請に) | | |
| | フリガナ | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | 性別 | 男 ・ 女 | | |
| | 被保険者住所 | 〒 - 宇都宮市 | | | | |
| | 現在(前回)の 要介護認定区分等 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定の有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | | | |
| 変更申請の理由 <small>変更申請の場合は記入</small> | | | | | | |
| 訪問調査先 (住所と異なるとき記入) | 施設名称等(入院・入所している) 電話番号 - - 所在地 〒 - | | | | | |
| 訪問調査予約連絡先 | 電話番号(携帯電話・可) 氏名 | | 連絡のつきやすい 時間帯等 | 午前 午後 | | |

| | | | | |
|---------|-----------------|------------|---------------|-------------|
| 主治 医 | 医療機関名 (診療科名) | () | (フリガナ) 主治医の氏名 | 最終受診 年 月 |
| | 所在地 | 〒 電話番号 - - | | 年 月 |

| | | | | |
|-------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------|--|--|
| 提出 代 行 者 | 名称 <small>該当に○</small> | (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・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・指定介護療養型医療施設) | | |
| | 所在地 | 〒 - 電話番号 - - 印 | | |

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) 申請時に**医療保険被保険者証**をお持ちください。

| | | | | |
|---------|--|-----------------------|-------------|--|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者の資格取得年月日 | 昭和・平成 年 月 日 | |
| 医療保険者番号 | | 医療保険被保険者証 記号 番号 | 特定疾病名 | |

| | | | | |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| 情報 の 提 供 同 意 | 主治医意見書を作成した医師の求めに応じて、判定結果及び介護(予防)サービス計画を提供すること。 判定結果が自立(非該当)・要支援1・2の場合、高齢者サービス及び介護予防サービスの提供に必要な時は、判定結果・氏名・住所・連絡先等を、担当する地域包括支援センターに提供すること。 介護(予防)サービス計画を作成するため、指定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介護支援専門員、地域包括支援センター職員の求めに応じて、要介護認定等関係資料(調査結果、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書)を提供すること。 | | | |
| | 上記 , , について同意します。 | | | |

裏面注意事項をご覧ください。

本人署名 _____

| | |
|-------|-------|
| 使者 | (続柄等) |
| 連絡事項等 | |

| | | | | | |
|--------|-----|----------|----|----------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| 処 理 | 受付 | 被保険者証・回収 | 入力 | <input type="checkbox"/> 青 | 備考 ・資格者証手渡し ・被保険者証 調査時回収 |
| | | 済・未 | | <input type="checkbox"/> 黄 | |
| | 再交付 | | | <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 橙 | |

《 申請にあたっての注意事項 》

- 1 主治医（かかりつけの医師）に、認定（新規・更新・変更・介護）申請を行ったことを伝えてください。認定に必要な「意見書」の作成のため、主治医より診察を受けるよう指示がある場合があります。
- 2 第2号被保険者の方は、「医療保険被保険者証」をご持参ください。また、主治医欄には「特定疾病の治療を受けている医師」についてご記入ください。
- 3 申請後に市の「訪問調査員」が、認定に必要な「訪問調査」を行います。自宅などを訪問し、心身の状況や日常生活の聞き取り調査を行います。いつお伺いしたらよいか、訪問調査員から「訪問日」「時間帯等」の連絡（打ち合わせ）の電話をおかけします。
- 4 介護サービス計画又は介護予防サービス計画の作成を依頼する「指定居宅介護支援事業者」又は「地域包括支援センター」が既に決まっているときは、「居宅サービス計画作成依頼届」を申請と同時に提出することができます。
- 5 交通事故などの第三者の行為によって保険給付を受けた場合には、市が第三者に対して損害賠償請求権を取得するため、給付発生原因が第三者の行為による傷病によるものか、次に掲げる方法により調査します。
 - （1）「訪問調査票」の閲覧
 - （2）「国民健康保険法施行規則第32条の6」及び「老人保健法施行規則第30条」に基づく届出書の閲覧

《 変更申請にあたっての注意事項 》

- 1 介護保険の要介護度は、介護の必要の度合を示すものであるため、必ずしも病状の重い方が、「要介護度が高い」とは限りません。

例えば、意思疎通ができない寝たきりの方より、ある程度身体の状態がしっかりした方のほうが、声かけやリハビリテーションが必要となるため、介護の必要量が多くなるからです。

このため、心身の状況が悪化した場合でも、要介護度が変更にならない場合や、要介護度が低くなる場合があります。
- 2 変更になった要介護度は、申請日にさかのぼって適用されますので、介護サービス計画の作成を「指定居宅介護支援事業者」又は「地域包括支援センター」に依頼している場合は、事業者にご連絡ください。

なお、要介護度が変更になった場合、申請日の翌月から自己負担額が増えるときがありますので、ご注意ください。
- 3 有効期間満了の「60日以内」に「要介護・要支援認定変更申請」をされた方で、認定結果（要介護度）に変更がなかった場合、「要介護・要支援更新認定申請」を行ったものとみなします。

記載例

介護保険 要介護・要支援認定申請

該当する申請区分をで囲んでください。

(あて元) 宇都宮市長

次のとおり申請します。

申請年月日 平成 19 年 4 月 日

| | | | | | | |
|-----------------------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|------------|--|
| 被 保 険 者 (認 定 を 受 け る 人) | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | 申請区分 該当に | 新規・更新・変更・介護・転入 (要支援の方の変更申請は介護申請に) | | |
| | フリガナ | ウツノミヤ タロウ | 生年月日 | 明・大・昭 10年 10月 10日 | | |
| | 氏名 | 宇都宮 太郎 | 性別 | 男 ・ 女 | | |
| | 被保険者住所 | 〒 320-0000 宇都宮市旭 1-1-5 | 電話番号 | 028 - 632 - 2222 | | |
| | 現在(前回)の 要介護認定区分等 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定の有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | | | |
| 変更申請の理由 <small>変更申請の場合は記入</small> | | | | | | |
| 訪問調査先 (住所と異なるとき記入) | 名称 (入院・入所している) | | 電話番号 028 - 623 - 1234 | | | |
| | とちぎクリニック | | | | | |
| | 住所 | | 現在入院・入所等されている方は、必ずご記入ください。 | | | |
| | 宇都宮市塙田 1-1-20 | | | | | |
| 訪問調査予約連絡先 | 電話番号(携帯電話・可) 090-1234-5678 | | 連絡のつきやすい 時間帯等 | 午前 午後 2時頃 | | |
| | 氏名 介護 花子 | | | | | |
| 主 治 医 | 医療機関名 (診療科名) | とちぎクリニック (整形外科) | (フリガナ・フリガナ) 主治医の氏名 | トチギ イチロウ 栃木 一郎 | 最終受診 年月 | |
| | 所在地 | 〒 320-0000 宇都宮市塙田 1-1-20 | 電話番号 | 028 - 623 - 1234 | | |
| 提 出 代 行 者 | 名称 <small>該当に○</small> | (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・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・指定介護療養型医療施設) | | | 印 | |
| | 所在地 | 〒 | 40歳から64歳の方は医療保険、特定疾病名を記入してください。 | | 電話番号 | |

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) 申請時に医療保険被保険者証をお持ちください。

| | | | | | |
|---------|---------------|------------------|-------------------|-------|-----------|
| 医療保険者名 | 栃木社会保険 事務局 | 医療保険被保険者の資格取得年月日 | 昭和・平成 10年 10月 10日 | | |
| 医療保険者番号 | 0901 | 医療保険被保険者証 記号 | 宇あいう | 特定疾病名 | 骨折を伴う骨粗鬆症 |
| | | 番号 | 123 | | |

情報の提供同意
上記 について同意します。

判定結果及び介護(予防)サービス計画を、主治医意見書を作成した医師の求めに応じて提供すること。
判定結果が自立(非該当)・要支援1・要支援2の場合、高齢者サービスの提供及び介護予防サービスの提供に必要な時は、判定結果・氏名・連絡先等を地域包括支援センターに提供すること。
介護(予防)サービス計画を作成するために必要があり、指定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介護支援専門員、地域包括支援センター職員に対して、求めに応じて要介護認定等関係資料(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)を提供すること。

裏面注意事項をご覧

窓口にごられた方の名前と続柄を記入してください。

本人署名 宇都宮 太郎

代筆可

| | |
|------------------------|---------------|
| 使者 | 介護 花子 (続柄等 子) |
| 連絡事項等 | |
| 使用者の連絡先電話番号等を記入してください。 | |

| | | | | | | |
|--------|----|-----------|-----|--------------------------|--------|-----------------------------------|
| 処 理 | 受付 | 被保険者証: 回収 | 入 力 | <input type="checkbox"/> | 青 | 備考 ・資格者証手渡し ・被保険者証 調査時回収 |
| | | 済・未 | | <input type="checkbox"/> | 黄 | |
| | | 再交付 | | <input type="checkbox"/> | 赤 橙 | |

記載例

介護保険 要介護・要支援認定申請

該当する申請区分を で囲んでください。

(あて元) 宇都宮市長

次のとおり申請します。

| | | | | |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | 申請年月日 | 平成 19 年 4 月 日 | |
| 被 保 険 者 (認 定 を 受 け る 人) | 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | 申請区分 該当に | 新規・更新・変更・ 介護 ・転入 (要支援の方の変更申請は介護申請に) |
| | フリガナ | ウツノミヤ タロウ | 生年月日 | 明・大・昭 10 年 10 月 10 日 |
| | 氏名 | 宇都宮 太郎 | 性別 | 男 ・ 女 |
| | 被保険者住所 | 〒 320-0000 宇都宮市旭 1-1-5 | 電話番号 | 028 - 632 |
| | 現在(前回)の 要介護認定区分等 | 要支援 1・ 2 要介護 1・2・3・4・5 認定の有効期間 平成 19 年 1 月 1 日 から 平成 20 年 12 月 31 日 | | |
| 変更申請の理由 変更申請の場合は記入 | 心身状況が悪化し、主治医に相談したところ変更申請するよう指導を受けたため。 | | | |
| 訪問調査先 (住所と異なるとき記入) | 名称 (入院 ・ 入所 している) | 電話番号 | 028 - 623 - 1234 | |
| | とちぎクリニック | | | |
| | 住所 | 宇都宮市塙田 1-1-20 | | |
| 訪問調査予約連絡先 | 電話番号(携帯電話・可) | 090-1234-5678 | 連絡のつきやすい 時間帯等 | 午前 午後 2 時頃 |
| | 氏名 | 介護 花子 | | |
| 主治 医 | 医療機関名 (診療科名) | とちぎクリニック (整形外科) | (フリガナ・フリガナ) 主治医の氏名 | トチギ イチロウ 栃木 一郎 |
| | 所在地 | 〒 320-0000 宇都宮市塙田 1-1-20 | 電話番号 | 028 - 623 - 1234 |
| 提出 代 行 者 | 名称 該当に○ | (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・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・指定介護療養型医療施設) | | |
| | 所在地 | 〒 | 電話番号 | 印 |
| | | 40歳から64歳の方は医療保険、特定疾病名を記入してください。 | | |
| 第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) 申請時に 医療保険被保険者証 をお持ちください。 | | | | |
| 医療保険者名 | 栃木社会保険事務局 | 医療保険被保険者の資格取得年月日 | 昭和・平成 10 年 10 月 10 日 | |
| 医療保険者番号 | 0901 | 医療保険被保険者証 記号 | 宇あいう | 特定疾病名 |
| | | 番号 | 123 | 骨折を伴う骨粗鬆症 |
| 情 報 の 提 供 同 意 | 判定結果及び介護(予防)サービス計画を、主治医意見書を作成した医師の求めに応じて提供すること。 判定結果が自立(非該当)・要支援1・要支援2の場合、高齢者サービスの提供及び介護予防サービスの提供に必要な時は、判定結果・氏名・連絡先等を地域包括支援センターに提供すること。 介護(予防)サービス計画を作成するために必要があり、指定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介護支援専門員、地域包括支援センター職員に対して、求めに応じて要介護認定等関係資料(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)を提供すること。 | | | |
| | 上記 | について同意します。 | | |
| 裏面注意事項をご覧 | | 窓口にごられた方の 名前と続柄を記入し てください。 | 本人署名 宇都宮 太郎 | 代筆可 |
| 使用者 | 介護 花子 (続柄等 子) | | | |
| 連絡事項等 | 使用者の連絡先電話番号等を記入してください。 | | | |
| 処 理 | 受付 | 被保険者証・回収 | 入 力 | <input type="checkbox"/> 青 <input type="checkbox"/> 黄 <input type="checkbox"/> 赤 <input type="checkbox"/> 橙 |
| | | 済・未 再交付 | | 備考 ・資格者証手渡し ・被保険者証 調査時回収 |

記載例

介護保険 要介護・要支援認定申請

該当する申請区分をで囲んでください。

(あて元) 宇都宮市長

次のとおり申請します。

| | | | |
|--------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|------------------------|----------------------------------------------|
| 申請年月日 | | 平成 19 年 4 月 日 | |
| 被保険者番号 | 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 | 申請区分 該当に | 新規・更新・変更・介護・ 転入 (要支援の方の変更申請は介護申請に) |
| フリガナ | ウツノミヤ タロウ | 生年月日 | 明・大・昭 10 年 10 月 10 日 |
| 氏名 | 宇都宮 太郎 | 性別 | 男 ・ 女 |
| 被保険者住所 | 〒 320-0000 宇都宮市旭 1-1-5 | 電話番号 | 028 - 632 - 2222 |
| 現在(前回)の要介護認定区分等 | 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定の有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | |
| 変更申請の理由 <small>変更申請の場合は記入</small> | | | |
| 訪問調査先 <small>(住所と異なるとき記入)</small> | 名称 (入院・入所している) 電話番号 - - 住所 | | |
| 訪問調査予約連絡先 | 電話番号(携帯電話・可) 氏名 | 連絡のつきやすい 時間帯等 | 午前 午後 |
| 主治医 医療機関名 (診療科名) | () | (フルネーム・フリガナ) 主治医の氏名 | 最終受診 年 月 |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 | 年 月 |
| 提出代行者 名称 <small>該当に○</small> | (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・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・指定介護療養型医療施設) | | |
| 所在地 | 〒 | 電話番号 | 印 |

40歳から64歳の方は医療保険、特定疾病名を記入してください。

第2号被保険者 (40歳から64歳までの医療保険加入者) 申請時に医療保険被保険者証をお持ちください。

| | | | |
|---------|-----------|--------------------------------|----------------------|
| 医療保険者名 | 栃木社会保険事務局 | 医療保険被保険者の資格取得年月日 | 昭和・平成 10 年 10 月 10 日 |
| 医療保険者番号 | 0901 | 医療保険被保険者証 記号 宇あいう 番号 123 | 特定疾病名 骨折を伴う骨粗鬆症 |

情報の提供同意
判定結果及び介護(予防)サービス計画を、主治医意見書を作成した医師の求めに応じて提供すること。判定結果が自立(非該当)・要支援1・要支援2の場合、高齢者サービスの提供及び介護予防サービスの提供に必要がある時は、判定結果・氏名・連絡先等を地域包括支援センターに提供すること。介護(予防)サービス計画を作成するために必要があり、指定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介護支援専門員、地域包括支援センター職員に対して、求めに応じて要介護認定等関係資料(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)を提供すること。

上記 について同意します

窓口にとられた方の名前と続柄を記入してください。

本人署名

署名は不要です

裏面注意事項をご覧ください

| | |
|-------|---------------|
| 使用者 | 介護 花子 (続柄等 子) |
| 連絡事項等 | |

使用者の電話番号等を記入してください。

| | | | | | | |
|---|----|----------|----|--------------------------|--------|-----------------------------------|
| 処 | 受付 | 被保険者証・回収 | 入力 | <input type="checkbox"/> | 青 | 備考 ・資格者証手渡し ・被保険者証 調査時回収 |
| 理 | | 済・未 | | <input type="checkbox"/> | 黄 | |
| | | 再交付 | | <input type="checkbox"/> | 赤 橙 | |