

# 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規     更新     区分変更     転入  
 要支援者要介護新規申請     ※該当項目に

みやま市長 様  
次のとおり申請します。

申請者氏名	本人との関係	申請年月日	令和 年 月 日
提出代行者名 称	該当に○ (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・介護医療院)		
申請者住所 (代行者住所)	(電話番号)		

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	個人番号 (マイナンバー)	
	医療保険	<input type="checkbox"/> みやま市国保 (400283) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (39402292)	被保険者証 記号・番号・枝番
		保険者名	保険者番号
	フリガナ氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日
		性別	男・女
	住所	(電話番号)	
	前回の要介護認定の結果等	状態区分	〈要介護〉 1 2 3 4 5    〈要支援〉 1 2    〈事業対象者〉
		有効期間	年 月 日 から 年 月 日
		※14日以内の市外からの転入者のみ記入	転出元市町村名〔 都・道・府・県 市・区・町・村 〕 現在、転出元市町村に要介護・要支援認定を申請中の場合 … 申請日 年 月 日
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
施設・医療機関への入院・入所の有無 (過去6か月間)	施設・病院等の名称	期間【入院/入所日・退院/退所日】	医療機関の場合：入院理由 (疾病名・手術歴等)
	①	年 月 日 ~ 年 月 日	
	※①に入院・入所する前の施設・病院等	※未定の場合は、予定時期を記入	
②	年 月 日 ~ 年 月 日		
変更申請の理由			

主治医	主治医氏名	医療機関名	(電話番号)
	所在地		
	最終受診日	年 月 日	次回受診予定日

訪問調査	フリガナ	本人との関係	日中連絡可能な時間帯	調査できない日時
	立会人氏名	電話番号	自宅： 携帯：	

※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  
(第2号被保険者は上の医療保険欄の保険者名・保険者番号・被保険者証 記号・番号・枝番を必ず記載してください。)

特定疾病名	
-------	--

※下記項目について同意する場合は、署名をお願いいたします。

- 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(要支援)認定に係る調査内容並びに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、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、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供することに同意します。
- (更新申請のみ)申請から30日以内に結果が通知されない場合、当該結果の延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ (続柄)

(事務使用欄) 申請者本人確認 <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> その他( )	代理権確認 (代理の場合) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証・健康保険証 <input type="checkbox"/> その他( )	その他確認 ・主治医意見書 ( 郵送 ・ 持参 ) ・結果通知送付先変更 ( 不要 ・ 届出済 ) ・納付状況 ( 完納 ・ 滞納→納付書交付・誓約書 )	受付 _____
---	--	--	-------------

# 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

新規   
  更新   
  区分変更   
  転入  
 要支援者要介護新規申請   
 ※該当項目に

該当の申請種別の口に✓をしてください。

みやま市長 様  
次のとおり申請します。

窓口に申請書を提出する日付を記入してください。郵便による申請の場合は、窓口に到達した日が正式な申請日になります。(閉庁日の日付で区分変更申請等をした場合は、提出したい日の日付を記入した上で、翌閉庁日の提出時に日付を遡りたい旨を申し出てください。)

申請者氏名	申請者の氏名を記入してください。	本人との関係	申請者と被保険者本人の関係について記入してください。
提出代行者名 称	該当に○ (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・介護医療院) 事業者による代行申請の場合のみ記入してください。		
申請者住所 (代行者住所)	申請者(代行者)の住所を記入してください。	(電話番号)	申請者の電話番号を記入してください。

**新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な扱いについて**

令和2年4月7日付厚生労働省事務連絡「新型コロナウイルス感染症に係る要介護認定の臨時的な扱いについて(その4)」に基づき、感染症拡大防止の観点から面会が困難な場合等においては、訪問調査を行わず、従来の期間に新たに12か月合算しています。

・臨時的な扱いの場合でも、認定申請書(更新)の提出は必要ですが、認定申請書の「現在の状況」・「施設・医療機関への入院・入所の有無(過去6か月間)」・「主治医」・「訪問調査」・「同意欄」は記入不要です。(記入済みの場合は斜線を引いてください。)

・新たな介護保険被保険者証は郵送しています。(有効期間満了月の前月末までに更新申請を受けつけたものは、有効期間満了月の初旬に郵送しています。)新たな被保険者証について、窓口での直接受取りを希望される場合は申請時にその旨をお知らせください。

被 保 険 者	介護保険被保険者番号	10桁の介護保険被保険者番号を記入してください。(介護保険被保険者証に記載してあります。)	個人番号 (マイナンバー)	12桁の個人番号を記入し、個人番号カード・通知カードを提示してください。(番号が不明な場合等は空欄で結構です。)	
	医療保険	<input type="checkbox"/> みやま市国保 (400283) <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 (39402292) 保険者名                      保険者番号	被保険者証 記号・番号・枝番		
	フリガナ	生年月日		明・大・昭                      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	状態区分	<要介護>    1    2    3    4    5                                      <要支援>    1    2                                      <事業対象者>		
		有効期間	年                      月                      日                      から                      年                      月                      日		
	現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他 (                      )			
		施設・医療機関への入院・入所の有無 (過去6か月間)	施設・病院等の名称                      期間【入院/入所日・退院/退所日】                      医療機関の場合：入院理由(疾病名・手術歴等)		
	変更申請の理由	区分変更申請・要支援者要介護新規申請の場合、心身の状況の変化その他申請を行う原因となった理由を記入してください			

みやま市国保(400283)と後期高齢者医療(39402292)に加入中の方は該当に✓をお願いします。それ以外の方と第2号被保険者は、保険者名、被保険者番号、被保険者証 記号・番号・枝番を記入してください。

被保険者本人の氏名(フリガナ)・生年月日・性別・住所・電話番号を記入してください。

前回の要介護認定の結果等を記入してください。

14日以内に転入され、認定の内容等を引き継ぎたい場合に記入してください。

現在、被保険者本人がおられる場所について該当するものに✓をしてください。「その他」の場合は施設の種類や滞在先をご記入ください。

臨時的な扱いの場合は記入不要です。(記入済みの場合は斜線を引いてください。)

主 治 医	主治医氏名	医療機関名	
	所在地	(電話番号)	
	最終受診日	年                      月                      日	次回受診予定日                      年                      月                      日

介護度の審査判定の際の資料となる「主治医意見書」の作成を依頼する際に使用します。かかりつけの主治医氏名及び医療機関名等を記入してください。(入院中の場合は入院先を記入してください。)

入院中の場合は記入不要です。

訪 問 調 査	フリガナ	本人との関係	日中連絡可能な時間帯	調査できない日時	日にちや曜日、時間帯を記入してください。
	立会人氏名				

介護度の審査判定の際の資料となる「認定調査票」の作成のため、被保険者本人のもとを認定調査員が訪問します。訪問日時調整のために連絡しますので、連絡先を記入してください。入院中は家族の連絡先を記入し、病院職員等の立会人については介護保険申請確認票へご記入ください。

※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  
(第2号被保険者は上の医療保険欄の保険者名・保険者番号・被保険者証 記号・番号・枝番を必ず記載してください。)

特定疾病名	第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の認定申請の場合のみ記入してください。
-------	--

※下記項目について同意する場合は、署名をお願いいたします。

(1) 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(要支援)認定に係る調査内容並びに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、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、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供することに同意します。

(2) (更新申請のみ)申請から30日以内に結果が通知されない場合、当該結果の延期通知を省略することに同意します。

被保険者氏名	代筆者氏名	(続柄)
--------	-------	------

原則、被保険者本人の自署にて記入してください。被保険者による自署が困難な場合は、代理署名し、右に代筆者の氏名・続柄を記入してください。