

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 (その1)

／ 付

受付印

【 新規 ・ 要支援者の要介護認定(新規) ・ 区分変更 ・ 更新 】

新 ・ 変

(宛先)新居浜市長

次のとおり申請します。

**\* 申請書(その1)と(その2)をあわせて提出してください。**

\* 太枠内は必ずご記入ください。

|                  |   |                                |   |                    |               |                |     |
|------------------|---|--------------------------------|---|--------------------|---------------|----------------|-----|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                                  | 0 0 0 0                        | 個人番号  | (その2)に記載           |               |                |     |
|                  | 医療<br>保険                                | 保険者名                           | 愛媛県後期高齢 新居浜市 その他( )   |                    |               | 保険者番号          |     |
|                  |   | 被保険者                           | 記号  | 番号                 | 枝番            |                |     |
|                  | フリガナ                                    |                                |   |                    | 申請年月日         | 令和 年 月 日       |     |
|                  | 氏 名                                     |                                |   |                    | 生年月日          | M・T・S<br>年 月 日 |     |
|                  |   |                                |   |                    | 性 別           | 男 ・ 女          |     |
|                  | 住 所                                     | 〒 新居浜市                         |   |                    | 電話番号          |                |     |
|                  | 前回の要介護認定<br>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             |   |                    |               |                |     |
|                  |   | ※14日以内に他<br>自治体から転入し<br>た者のみ記入 | 転出元自治体(市町村)名 [ ]<br>転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の者のみ記入<br>申請日 年 月 日 |                    |               |                |     |
| 新規・区分変更<br>申請の理由 | * 更新以外の申請の場合のみ記入(更新申請でも入院中の場合は御記入ください。) |                                |   |                    |               |                |     |
| 現在の状況            | 1 上記住所に在宅                               |                                |   | 2 入院・施設入所中(下の欄に記入) |               | 3 その他(裏面に記入)   |     |
|                  | 介護保険施設等の名称                              |                                |   | 期間                 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 年 月 頃 退所予定     |     |
|                  | 医療機関等の名称                                |                                |   | 期間                 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | 年 月 頃 退院予定     |     |
|                  |   |                                | 病棟  | 号室                 |               |                |     |

|             |       |     |      |  |                       |         |
|-------------|-------|-----|------|--|-----------------------|---------|
| 主<br>治<br>医 | フリガナ  |     |      |  | 診察済日<br>及び<br>次回診察予定日 | 年 月 日 済 |
|             | 主治医氏名 |     |      |  | 年 月 日 予定              |         |
|             | 医療機関名 | 所在地 | 電話番号 |  |                       |         |

## 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

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

|             |   |                 |
|-------------|---|-----------------|
| 同<br>意<br>書 | 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、新居浜市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、居宅サービス事業者、介護予防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。<br>(更新申請の場合のみ)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。 |                 |
|             | 本人氏名  | 代筆者氏名<br>続柄 ( ) |

|                       |     |   |                |
|-----------------------|-----|---|----------------|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に○ (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・介護医療院・地域包括支援センター) | 送付先変更<br>有 ・ 無 |
|                       | 住 所 | 電話番号  | 調査同席<br>有 ・ 無  |
|                       |     |   | 資<br>申<br>意    |

|             |        |                |
|-------------|--------|----------------|
| 申<br>請<br>者 | 窓口に来た人 | 続柄<br>(本人との関係) |
|             | 住所     | 電話番号           |

\* 裏面もご記入ください

|    |  |
|----|--|
| 調査 |  |
|----|--|

# 訪問調査等確認票

## 1 介護認定調査時の同席希望等について

|        |   |   |
|--------|---|---|
| 同席希望   | <b>認定調査に同席希望される場合は、以下を御記入ください。</b><br>(調査立会いは、家族や施設職員等、調査対象者の日頃の状況をよく御存知の方をお願いします。)   |   |
|        | フリガナ .....  | 被保険者との関係  |
|        | 氏名 .....  | ( )   |
|        | 平日昼間の連絡先  | TEL(自宅・勤務先)   |
|        |   | 携帯電話  |
|        | 市役所から電話をするにあたって都合の良い(悪い)曜日や時間帯(連絡は平日の日中にいたします)  |   |
|        |   | 良い・悪い   |
|        | その他の同席者   | 被保険者との関係  |
|        |   | ( )   |
| 被保険者居所 | <b>※ 表面「現在の状況」が「3 その他」の場合は必ず御記入ください。</b><br>(施設等入所の場合はその所在地、マンション等の場合は部屋番号まで御記入ください。) |   |
|        | 〒 .....   |   |
|        | 方書  | 続柄  |
|        |   | 様方 ( )  |
|        | 施設名   | <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス等<br><input type="checkbox"/> その他( ) |
| 電話番号   |   |   |
| 駐車場    | (訪問調査には自動車で行いますので、お近くの駐車場所を教えてください。)  |   |
| 備考     | (調査にあたって留意すべき点、サービスの利用状況等)  |   |

## 2 郵便物の送付先変更希望について ※この送付先変更希望は本人及び家族の同意により届け出ています。

|          |                 |                                  |                                       |
|----------|-----------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| 送付先の変更希望 | 希望の郵便物 (どちらかに○) | 認定結果のみ・認定結果及び負担割合証               | 介護保険関係全ての送付先を変更する場合は、送付先変更届を提出してください。 |
|          | 送付先             | 上記被保険者居所に同じ・別途希望(以下に記入) (どちらかに○) |                                       |
|          | 〒 .....         |                                  |                                       |
|          | 方書              | 続柄                               |                                       |
|          |                 | 様方 ( )                           |                                       |
|          | 施設名等            |                                  |                                       |
| 期間       | 今回申請分のみ適用       |                                  |                                       |
| 理由       |                 |                                  |                                       |

\* 施設入所等により送付先を変更・解除する場合は必ず介護福祉課まで御連絡ください。

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書 (その2)

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 個人番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 被保険者番号 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

※代理申請・郵便申請の場合、個人番号の分かる資料(通知カードの写し等)をステープルで左肩留めしてください。

## 市役所確認欄

### 1 代理申請に関する状況(本人の状況及び同居親族等の状況)

- |                                     |  |
|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> 本人申請       | <input type="checkbox"/> 法定代理人が申請              |
| <input type="checkbox"/> 委任可能       | <input type="checkbox"/> 同一世帯員が申請              |
| <input type="checkbox"/> 措置等        | <input type="checkbox"/> 任意代理人(同一世帯員以外)が申請     |
| <input type="checkbox"/> 身体状況より筆記困難 | <input type="checkbox"/> ケアマネ・施設職員等による代理(代行)申請 |
| <input type="checkbox"/> 意思無能力      | <input type="checkbox"/> 近親者等が近くにおらず委任困難       |
| <input type="checkbox"/> 他( )       | <input type="checkbox"/> 近親者等が平日勤務等のため来庁困難     |
|                                     | <input type="checkbox"/> 近親者等が交通弱者のため来庁困難      |
|                                     | <input type="checkbox"/> 近親者が意思無能力             |
|                                     | <input type="checkbox"/> 近親者なし・疎遠で委任困難・接見禁止・不明 |
|                                     | <input type="checkbox"/> 他( )                  |

### 2 本人又は代理人による申請

|                                  | 法定代理人  | 同一世帯員  | 任意代理人   |
|----------------------------------|--|--|---|
| の代理<br>確認権                       | <input type="checkbox"/> 戸籍謄本<br><input type="checkbox"/> 資格を証明する書類<br><input type="checkbox"/> 他( )   | <input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 介護被保証、通知カード等<br><input type="checkbox"/> 他( ) | <input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 他( ) |
| 本人代理人の<br>申請時の身元<br>確認又は<br>身元確認 | <b>①～③のいずれかで確認</b><br>① <input type="checkbox"/> 個人番号カード<br>② (次のうちから1点確認、写真付き)<br><input type="checkbox"/> 運転免許証、運転経歴証明書<br><input type="checkbox"/> 旅券<br><input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体、精神、療育)<br><input type="checkbox"/> 在留カード、特別永住者証明書<br><input type="checkbox"/> 他( )<br>※氏名、生年月日又は住所が記載のもの |  |   |
| 番号本人<br>確認                       | ③ (次のうちから2点確認、写真なし)<br><input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証<br><input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証<br><input type="checkbox"/> 年金手帳<br><input type="checkbox"/> 児童扶養手当証書、特別児童扶養手当証書<br><input type="checkbox"/> 他( )<br>※氏名、生年月日又は住所が記載のもの<br>※更新申請のお知らせも可<br>※税関係書類(納税証明・所得証明・納通・源泉)                  |  |   |

### 3 ケアマネジャー等による代理申請

|                 |   |
|-----------------|---|
| の代理<br>確認権      | <input type="checkbox"/> 委任状<br><input type="checkbox"/> 施設・GH入所報告<br><input type="checkbox"/> 居室届<br><input type="checkbox"/> 他( )                       |
| 身代<br>元理<br>確認の | <input type="checkbox"/> 上記①<br><input type="checkbox"/> 上記②<br><input type="checkbox"/> 上記③<br><input type="checkbox"/> ケアマネ証・施設職員証等                     |
| 番号本人<br>確認      | <input type="checkbox"/> 個人番号カード又はその写し<br><input type="checkbox"/> 通知カード又はその写し<br><input type="checkbox"/> 住民票の写し(個人番号付)<br><input type="checkbox"/> 他( ) |

### 4 その他の確認方法

- 宛名システム  
 住基ネット

備考

確認者( )