

記入のしかた（表面）

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

① 新規（初回・期限切れ） 更新 転入
 要支援者の要介護への区分変更
 要介護・要支援状態区分変更

*右 ② 各項目の□に「レ」点をつけてください⇒
 (申請先) 天理市長 次のとおり申請します。 年 月 日 申請

申請者（認定を受けようとしている方）

フリガナ氏名 ③ ④ 保険者番号
 ⑤ 生年月日 年 月 日

住所(住民登録地) 〒 天理市 ⑥ *アパート・マンション名も記入してください

⑦ 住所に 居住している 居住していない 個人番号 ⑧

去6か月間の介護保険施設・医療機関等への入所・入院について ⑨ 院(予定)期間： 年 月 日～ 年 月 日
 入所・入院先の住所・施設名等

有・無 入所・入院(予定)期間： 年 月 日～ 年 月 日

⑩ (最終)の認定区分 要支援状態区分 1 2 要介護状態区分 1 2 3 4 5
 有効期間 年 月 日 から 年 月 日

⑪ 1日以内に自治体からした場合
 ・転出元自治体(市町村)名【 】
 ・現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。
 はい ⇒ 申請日 年 月 日
 いいえ (既に、認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)

⑫ 申請理由
 * 区分変更の申請の場合は、別途「変更申請理由書」の提出が必要です。*

主治医（市から直接、主治医意見書を医療機関に依頼します）

医療機関 ⑬ 医師名 (科) 医師

電話番号： ()
 前回診察日： 年 月 日 次回診察日： 年 月 日

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、天理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。

申請者氏名(認定を受けようとしている方) ⑭ 印(本人自署の場合は、押印不要です。)

⑮ 申請書を提出した人 (提出代行の場合は、該当するサービスに○をつけてください)

氏名： 提出名称： 印
 住所： 代所在地：
 電話番号： () 行 電話番号： ()

受理年月日 市役所処理欄 * 記入しないでください。 * 郵送

この欄は、市役所処理欄です。記入しないでください。

受付入力 調査 市 委託() ⇒ 契約 出力

① 申請区分欄

今回の申請の区分について該当するものに☑してください。

② 申請年月日欄

申請書を提出する日付を記入してください。新規又は区分変更の場合は、申請日以降での認定となります。

③ 氏名欄

氏名、フリガナを記入し、性別に○をつけてください。

④ 被保険者番号欄

⑤ 生年月日欄

⑥ 住所欄

⇒記入してください。

⑦ 居住確認欄

該当する方に☑をつけてください。

⇒☑居住していない場合は、必ず、裏面の⑳訪問先を記入してください。

⑧ 個人番号欄

⇒記入してください。

下記の「個人番号について」を参照してください。

*番号が分からない等、個人番号が未記入の場合も申請を受理します。

⑨ 入院・入所履歴欄

過去6か月以内に病院に入院又は施設に入所している場合は施設名称と期間を記入してください。

⑩ 認現在(最終)の定結果

現在又は最終の認定結果について記入してください。

⑪ 他市より転入の方

14日以内に他市町村より転入してきた場合で、転出元自治体で受けた認定を引き継ぐ場合は、記入してください。

⑫ 申請理由を記入してください。

⑬ 主治医欄

現在かかりつけの主治医の氏名等を記入してください。複数の医療機関を受診している場合は、主となる医師一人を記入してください。主治医意見書の依頼の際に必要なとなりますので必ず記入してください。

⑭ 同意欄

調査内容等について居宅介護支援事業者等に対して提示することの同意書です。申請者本人が自署する以外は、押印と代筆者の署名もお願いします。

⑮ 提出者欄

申請者本人以外がこの申請書を提出する場合は、提出した人の氏名と続柄を記入してください。

裏面も必ず記入してください！

記入のしかた（裏面）

⑬

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ下記について記入してください

特定疾病(該当するものに○をつけてください)

1	がん【がん末期】	8	脊髄小脳変性症	13	脳血管疾患
2	関節リウマチ	9	脊柱管狭窄症	14	閉塞性動脈硬化症
3	筋萎縮性側索硬化症	10	早老症	15	慢性閉塞性肺疾患
4	後縦靭帯骨化症	11	多系統萎縮症	16	両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
5	骨折を伴う骨粗鬆症	12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症		
6	初老期における認知症				
7	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				

医療保険情報

医療保険者名			
医療保険者番号		医療保険証記号番号	
被保険者名		続柄	
取得日		□ 写し	

介護保険 要介護認定 訪問調査にあたって

介護保険の申請者(要介護認定を受けようとしている方)	⑭
----------------------------	---

訪問調査日程調整の連絡先 ** 電話番号は、平日の日中に連絡が取れるところを記入してください **

本人(申請者)
 申請書を提出した人
 その他⇒ 氏名: ⑮ 申請者との関係【 】
 住所: 電話番号: ()

訪問調査当日の立ち会い者 *家族や施設職員等、申請者の日頃の状況を把握している方をお願いします*

上記日程調整者と同じ
 その他⇒ 氏名: ⑯ 申請者との関係【 】
 住所: 電話番号: ()
 立会い者なし

⑰

↓↓↓ 手続きを円滑に進めるために、以下の欄の記入をお願いします ↓↓↓

訪問調査	曜日	時間帯	訪問先
	いつでもよい	いつでもよい	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ⇒ 駐車場 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 】
	月		
	火	午前	
	水		
	木	午後	
金			

その他特記すべき事項
 ・サービス利用希望(予定)・疾病・認知症の状況等・認定手続きに当たり留意すべき事項 等

⑰

** 過去6カ月以内に交通事故にあったことがある⇒ 無 有【 】

交通事故にあった場合は、負傷の内容等を必ず記入してください。

⑱第2号被保険者欄

40歳以上65歳未満の方
 ⇒・特定疾病のいずれかに該当している。
 ・医療保険に加入している。
 の両方に該当する場合には、第2号被保険者として介護保険の申請をすることができます。
 ↓
 ・該当する特定疾病に○をつけてください。
 ・医療保険証の写しを添付してください。
 *記入や添付のない場合は手続きができない場合があります。

⑱ 申請者の氏名を記入してください。

⑲ 連絡先欄

要介護認定に当たり調査員が調査にお伺いします。
 訪問する日程を調整する必要がありますので、日程調整をする方の連絡先を記入してください。

⑲ 立ち会い者欄

調査当日は、申請者の日頃の状況を把握している方に立会をお願いします。
 立ち会いをしてくださる方の氏名、住所等を記入してください。

《 個人番号について 》

個人番号が記入されている場合は、「本人の個人番号」と「本人の身元」が確認できる書類が必要です。代理人による申請の場合は、「代理権」「代理人の身元」「本人の個人番号」が確認できる書類が必要です。
 *個人番号未記入の場合、確認書類の提示は必要ありません。

⑳ 日程調整欄

都合の良い曜日・時間帯に○を、都合の悪い曜日・時間帯に×をつけてください。
 表面記載の住所以外の場所での訪問調査を希望される場合は、必ず訪問先を記入してください。

㉑『その他特記すべき事項』には、あらかじめ調査員に伝えておく方がよい事情等を記入してください。

訪問調査は
 平日の
 午前9時
 から
 午後4時半
 まで

の間での実施となりますのでご了承ください。