

# 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

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

\* 右の該当する項目の□に「し」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。

令和 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	男	被保険者番号											
	女	生年月日	大・昭										
住所(住民登録地) 〒												* アパート・マンション名も記入してください	
天理市												電話番号: ( )	
上記住所に		<input type="checkbox"/> 居住している	<input type="checkbox"/> 居住していない	個人番号									

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

現在(最終)の認定区分	要支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日 まで

14日以内に他自治体から転入した場合	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 ・ いいえ 】

### 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)

医療機関名称		医師名	( ) 科	医師
所在地	電話番号: ( )			
前回診察日:	年 月 日	次回診察日:	年 月 日	

### 同意欄 (以下の内容に同意する場合ご署名ください)

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、天理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者が取得した心身の状況等の情報を、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、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者、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。

(更新申請の場合のみ)申請日から30日以内に認定がされない場合であっても、現在の有効期間内に認定されるときは、認定延期通知を省略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)

代筆の場合: 代筆者氏名 (続柄 )

### 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)

家族等	フリガナ氏名:	提出	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
	住所:	出	名称:
	(続柄)	代	所在地:
	電話番号: ( )	行	電話番号: ( )

### 市役所処理欄 \* 記入しないでください。 \*

受理年月日	受付	<input type="checkbox"/> 窓口 ⇒ <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 郵送
	資格者証	<input type="checkbox"/> 回収済⇒ <input type="checkbox"/> 資格者証交付 <input type="checkbox"/> 添付忘れ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 紛失	同時申請 <input type="checkbox"/> あり( )
	区変理由書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 保留( )	給付制限 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 給付係
	転入継続	<input type="checkbox"/> 資格者証あり <input type="checkbox"/> 資格者証依頼中( )	<input type="checkbox"/> 個人番号で照会( )
	受付入力	調査 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 委託( )⇒ <input type="checkbox"/> 契約	出力

裏面も必ず記入してください

# 認定調査連絡票

申請者  
(認定を受けようとしている方)

## 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。\*

きっかけ	けが・病気	
	加齢・その他	
困りごと	買い物・掃除・通院・ベッド・車椅子・手すり・リハビリ・デイサービス・他	

## 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： \_\_\_\_\_ 申請者との関係【 \_\_\_\_\_ 】  
 住所： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
 連絡を取りやすい曜日・時間帯： ( \_\_\_\_\_ )曜日 / 午前 午後  ( \_\_\_\_\_ )時

## 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にお願いします \*

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

	曜日	時間帯	訪問先
訪問日時	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 訪問先を記入してください (病院)病棟・階・病室 / (施設・その他)名称・住所 を書いてください ⇒ 駐車場 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有【 _____ 】
	月		
	火	午前	
	水		
	木	午後	
	金		

\* 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<br>【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されたもの】 | 7 進行性核上性麻痺、<br>大脳皮質基底核変性症<br>及びパーキンソン病 | 12 糖尿病性神経障害、<br>糖尿病性腎症<br>及び糖尿病性網膜症   |
| 2 関節リウマチ                                   | 8 脊髄小脳変性症                              | 13 脳血管疾患                              |
| 3 筋萎縮性側索硬化症                                | 9 脊柱管狭窄症                               | 14 閉塞性動脈硬化症                           |
| 4 後縦靭帯骨化症                                  | 10 早老症                                 | 15 慢性閉塞性肺疾患                           |
| 5 骨折を伴う骨粗鬆症                                | 11 多系統萎縮症                              | 16 両側の膝関節又は<br>股関節に著しい変形を<br>伴う変形性関節症 |
| 6 初老期における認知症                               |  |                                       |

## 医療保険情報

医療保険者名	医療保険者番号		
記号	番号	枝番	

