

記入のしかた（表面）

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。

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⑨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。
(不明の場合は空欄可)

⑨ 入所・入院履歴欄

過去6カ月以内に施設に入所又は病院に入院している場合は施設や病院の名称と期間を記入してください。

⑩現在(最終)の認定結果

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。

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

① 現(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

(申請先) 天理市長
次のとおり申請します。

② 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 ③ 男・女 ④ 除者番号 ⑤ 年 月 日 大・昭 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 主所に ☐ 居住している ☐ 居住していない 個人番号 ⑧ 電話番号: ()

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・無 ⑨ 入所・入院先の住所・施設名等 入所・入院(予定)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

現在(最終)の認定区分 ⑩ 有効期 年 月 日から 年 月 日まで 要介護状態区分 ☐1 ☐2 要介護状態区分 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

14日以内に他自治体から転入した場合 転出元 ⑪ 市町村名【 】 現在、市 ⑪ 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 ⑫ 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 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。
(更新申請の場合のみ) 申請日から30日 ⑬ 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)

⑭ 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)

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・介護施設 住所: 名称: 所在地: 代 行 電話番号: () 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。 * 受付 ☐窓 ☐⇒ ☐包括 ☐ケアマネ ☐家族 ☐その他() ☐郵送 資格者証 ☐回収済⇒ ☐資格者証交付 ☐添付忘れ ☐新規 ☐紛失 同時申請 ☐あり() 区変理由書 ☐あり ☐保留() 給付制限 ☐なし ☐あり⇒ ☐給付係 転入継続 ☐資格者証あり ☐資格者証依頼中() ☐個人番号で照会() 受付入力 調査 ☐市 ☐委託() ⇒ ☐契約 出力

裏面も必ず記入してください

⑫ 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となりますので必ず記入してください。

⑬ 同意欄

同意する場合、申請者本人が署名してください。本人以外が署名する場合は、代筆者の署名をお願いします。

⑭ 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。

裏面あり

記入のしかた（裏面）

認定調査連絡票

申請者
(認定を受けようとしている方)

⑮

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	⑮
	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)	⑮	申請者との関係【 】
☐ 申請書を提出した人		
☐ その他⇒ 氏 名 :		
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をお願いします *

☐ 上記日程調整者と同じ	⑮	申請者との関係【 】
☐ その他⇒ 氏 名 :		
住 所 :		
☐ 立会い者なし	電話番号: ()	

曜日	時間帯	訪問先
⑮ 訪問日時	いつでもよい	☐ 自宅
	月	☐ 病院
	火	☐ 施設
	水	☐ その他
	木	午前
	午後	(病院)病棟・階・病室 / (施設・その他)名称・住所 を書いてください
金		⇒ 駐車場 ☐ 無 ☐ 有【 】

⑮ 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 【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、 大脳皮質基底核変性症 及びパーキンソン病	12 糖尿病性神経障害、 糖尿病性腎症 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 後縦靱帯骨化症	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 股関節に著しい変形を 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

⑮ 申請者の氏名を記入してください。

⑮ 申請理由欄

申請に至った経緯や、利用を希望する介護サービスについて記入してください。

⑮ 連絡先欄

要介護認定のために認定調査員がご自宅等に伺います。

日程調整をする方の連絡先を記入してください。

⑮ 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ち会いをお願いしています。
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。

⑮ 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。

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。

⑮ 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。(申請前に主治医に確認してください。)

・ 医療保険に加入している。

の両方に該当する場合に、第2号被保険者として申請することができます。



該当する特定疾病に○をつけ、以下の書類を添付してください。

申請者(本人)の状況	添付を求める書類
マイナ保険証を保有している	保険者から送付された「資格情報のお知らせ」のコピー もしくは、 本人の申請等により保険者から送付された「資格確認書」のコピー
マイナ保険証を保有していない	保険者から送付された「資格確認書」のコピー