

※申請書は（介護保険被保険者証を持っている方はそれも添えて）、市役所長寿介護課又は各庁舎地域づくり推進課に届けるか、介護支援専門員（ケアマネージャー）にお渡しください。

介護保険 要介護認定・要支援認定（新規 変更 更新）申請書

鶴岡市

鶴岡市長様
次のとおり申請します。

| | | | |
|-------------------------------|---|------------------------|----------------------|
| 申請年月日 | | 令和〇〇年〇〇月〇〇日 | |
| 被保険者番号 | 0001234567 | 申請区分 | 新規 変更 更新 |
| フリガナ | ツルオカ タロウ | 生年月日 | 性別 |
| 氏名 | 鶴岡太郎 | 明大〇〇・〇〇・〇〇 昭 | 男 ・女 |
| 住所 | 〒997-0000 電話番号 鶴岡市馬場町9番25号 (現在の居所:鶴岡市藤島字笹花25番地(長女宅)) (0235) 25 - 2111 | | |
| 前回の要介護認定の結果等 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2 | | |
| *変更・更新申請時のみ記入 | 有効期間 平成△△年△△月△△日から平成◇◇年◇◇月◇◇日 | | |
| 変更申請の理由 | 脳梗塞のため入院し、〇月〇日に退院予定だが、歩行困難となり、状態が悪化したため。 | | |
| 過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等への入院・入所の有無 | 施設等の名称 | 〇*病院(〇月〇日退院予定) | 期間 令和〇年△月◇日～令和 年 月 日 |
| | 施設等の名称 | | 期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 |
| | 施設等の名称 | | 期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 |
| | 有 ・無 | 施設等の名称 | 期間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 |

記入のしかた（太枠の中をもれなくご記入ください）

申請年月日

申請年月日は市役所へ届け出た日になります。

被保険者番号

被保険者番号は、介護保険被保険者証に記載されています。

申請区分

「新規」は、初めて申請する人の場合です。「変更」は、有効期間満了前に要介護度の見直しを申請する場合です。「更新」は、有効期間満了により申請する場合です。

被保険者氏名・フリガナ・生年月日・性別・住所

被保険者本人の氏名等をご記入ください。住所は本人が住民登録している住所を記入して下さい。現在生活しているところが住所地と違う場合（例えば親類の家など）は、現在生活しているところの住所もあわせて記入して下さい。また、被保険者本人と連絡が取れる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

前回、判定された状態区分や有効期間について記入してください。前回の申請歴がない場合は、有効期間や状態区分は記入しないでください。

変更申請の理由

変更申請する場合に、理由を記載してください。理由は本人の状態が変化した場合などが考えられますが、詳しくご記入ください。

過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等への入院・入所の有無

過去6ヶ月の間に、介護保険施設・医療機関等に入院・入所したことがある場合は「有」を○で囲み、その施設等の名称と入院・入所していた期間を記入してください。介護保険施設・医療機関等に入院・入所したことがない場合は「無」を○で囲み、施設等の名称や入院・入所していた期間は記入しないでください。

申請代行者名称

申請代行者名称は、地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設が提出代行する場合に使用する欄ですので、この欄は記入しないでください。

※申請代行者の方へ：申請代行ができるのは、指定を受けた地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）・介護老人保健施設（老人保健施設）、介護療養型医療施設となっていますのでご留意願います。

主治医

主治医とは、被保険者がふだんから治療を受けており、被保険者の身体や精神の状況をよく理解しているかかりつけ医師のことです。主治医の氏名・医療機関名・所在地を、わかる範囲内で正確に記入してください。（市で主治医意見書を依頼しますので、入院中の場合等は、ふだんのかかりつけ医師とは異なる場合もありますので、医療機関に相談の上、記入してください。）

連絡先

調査の日程調整の連絡、ご本人様の日常生活の確認などお尋ねする時の連絡先となります。携帯電話等、日中連絡のとれる電話を記入してください。

医療保険者名・医療保険被保険者証記号番号・特定疾病名・医療保険加入年月日

40歳～64歳までの方は、下記の16疾病により介護が必要な場合のみ、要介護認定の申請をすることができます。該当病名や医療保険者名等を記入し、医療保険の保険証の写しを添付して申請してください。

- ・がん（がん末期）
- ・関節リウマチ
- ・筋委縮性側索硬化症
- ・後縦靭帯骨化症
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）
- ・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（パーキンソン病関連疾患）
- ・脊髄小脳変性症
- ・脊柱管狭窄症
- ・早老症（ウェルナー症候群等）
- ・多系統委縮症
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・脳血管疾患（脳出血、脳梗塞等）
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・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

認定結果の通知に関する同意

地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に対して、認定調査や主治医意見の内容、要介護認定・要支援認定申請にもとづいた認定結果などの情報を提供する際の同意になりますので、被保険者の氏名を記載して下さい。

| | | | |
|----------|--|--|--|
| ※事業者のみ記入 | 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 | | |
| 申請代行者名称 | 電話番号 印 () - | | |

| | | | | |
|-----|-----------|-------------|---------|------------------|
| 主治医 | (主治医の氏名) | 医師氏名 | (医療機関名) | 〇*病院 |
| | (医療機関所在地) | 〒997-**** | 電話番号 | (0235) 12 - 3456 |
| | | 鶴岡市〇*町 △番◇号 | | |

| | | | | |
|-----|------|--------------|------------------|-----------------|
| 連絡先 | (氏名) | 藤島花子 | 本人との関係 | 長女 |
| | (住所) | 〒997-0000 | 日中の連絡先電話番号 | 自宅 ・勤務先 |
| | | 鶴岡市藤島字笹花25番地 | (0235) 64 - 2111 | 携帯090-1234-5678 |

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

| | |
|--------|---------------|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 |
| 特定疾病名 | |

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、鶴岡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人が取得した心身の状況等の情報を、鶴岡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人、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。
認定更新申請から30日以内に更新認定がされない場合でも、現在の認定有効期間内に認定結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。

被保険者名 鶴岡太郎

※この申請書についての質問や問い合わせは、鶴岡市役所長寿介護課までお願いします。
電話 0235-35-1289 内線187、188