

介護保険

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

真岡市長

様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		/		/		/						個人番号															
	医 療 保 険	保険者名											保険者番号															
		被保険者証	記号						番号								枝番											
	フリガナ												生年月日		明・大・昭		年		月		日							
	氏 名												性 別		男 ・ 女													
	住 所		〒																				電話番号					
																							(日中の連絡先)					
	前回の要介護認定の結果等		※要介護・ 要支援更新 認定の場合 のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2														
				有効期限										年		月		日から		年		月		日				
			※14日以内に 他自治体 から転入し た者のみ記 入	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。 (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) はい ・ いいえ																										
		「はい」の場合、申請日 年 月 日																										
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院・入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日				
		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日				
		医療機関の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日				
有 ・ 無		医療機関の名称等・所在地										期間		年		月		日～		年		月		日				

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(居宅介護支援事業所・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・指定介護療養型医療施設・地域包括支援センター・介護医療院)																						
	住 所	〒																				電話番号		

主 治 医	主治医の氏名											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																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、及び主治医意見書を真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。

本人氏名

介護保険

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

真岡市長

様

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号											
	医療 保 険	保険者名	後期高齢者広域連合・国保・社会保険のいずれか										保険者番号											
		被保険者証	記号											番号	後期高齢者の方はこちらの欄のみ記入					枝番				
	フリガナ		フクシ ハナコ										生年月日		明・大・昭 8年 7月 10日									
	氏 名		福祉 花子										性 別		男 ・ 女									
	住 所		〒321-4395 真岡市荒町5191										電話番号 83-8094 (日中の連絡先)本人・家族携帯番号等											
	前回の要介護認定の結果等		*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2																			
					有効期限 年 月 日から 年 月 日																			
			※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		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。 (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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日																			
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院・入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日							
介護保険施設の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日										
医療機関の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日										
有 ・ 無		医療機関の名称等・所在地										期間		年 月 日～		年 月 日								

提 出 代 行 者	名 称	該当に○(居宅介護支援事業所・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・指定介護療養型医療施設・地域包括支援センター・介護医療院)									
	住 所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	内科 高齢 一郎		医療機関名	介護福祉病院	
	所 在 地	〒321-4395 真岡市荒町5191 電話番号 0285-83-8554				

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	
-------	--

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、及び主治医意見書を真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。

本人氏名 福祉 花子

申請書の書き方・利用の仕方

申請書名	■介護保険要介護・要支援認定申請書
対象者	■第1号被保険者（65歳以上の方） ■第2号被保険者（40～64歳の医療保険加入者）
受付方法	■真岡市 高齢福祉課 ■二宮支所 福祉国保窓口 月～金曜日（休日除く） 8：30～17：15 ※介護保険証を持参ください。 ■郵送 〒321-4395 真岡市荒町5191番地 真岡市 高齢福祉課 介護保険係 宛 ※申請書と介護保険証を郵送してください。 ■オンライン 真岡市のホームページ内にありますオンライン申請の専用ページからご申請ください。
記載要領 (窓口・郵送対応)	■「被保険者」の欄は介護認定を受ける方（本人）の氏名、住所、生年月日等を記入してください。また、被保険者番号については、介護保険被保険者証を参考に記入してください。 電話番号の欄は、日中に連絡が取れる番号をご記入ください。 病院、施設等に入院・入所している場合は、病院または施設名とその入院期間を記入してください。 ■「提出代行者」の欄は、包括支援センター、居宅介護支援事業所（ケアマネージャー）、介護保険施設等が本人及び家族の代わりに申請した場合のみ、その代行業者が記入してください。 ■「主治医」の欄はかかりつけの医師の氏名及び医療機関名を記入してください。 ■「第2号被保険者」の欄は、加齢に伴って生じる16疾病の中で該当するものをご記入ください。 ・がん（医師が一般に認められている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したものに限る） ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦靱帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗鬆症 ・初老期における認知症 ・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・多系統萎縮症 ・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 ・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 ■「本人氏名」は、要介護認定を受ける方（本人）の氏名を、本人または、家族が記入してください。
手数料	■なし
お問合せ	■高齢福祉課 介護保険係 電話（0285－83－8094）