

\*\*\* **介護認定申請書に記入するときの注意** \*\*\*

様式第5号（第6条関係）

介護保険要介護・要支援認定申請書【新規（転入）・更新・**区分変更**】

島原地域広域市町村圏組合管理者 様  
次のとおり申請します。

・新規申請か更新申請か区分変更申請か該当するものを○で囲んでください。  
・転入の場合は（転入）を○で囲んでください。

要介護認定等を受ける方について記入してください。

申請年月日 **4**年 **5**月 **1**日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9					
	医療 保険	保険者名	国保		保険者番号	○○○○○○○○○			
		被保険者証	記号	○○○○○○○	番号	○○○	枝番	○○○	
	フリガナ		コウイキ タロウ			生年月日	明治・大正 <b>昭和</b> ○年○月○日		
	氏名		広域 太郎			性別	<b>男</b> 女		
	住所		〒○○○-○○○ 島原市○○町○○○-○			携帯電話	0957-○○-○○○	電話番号	090-○○○-○○○
	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	<b>1</b> 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2		
			有効期間	<b>2</b> 年 <b>2</b> 月 <b>1</b> 日 から <b>5</b> 年 <b>1</b> 月 <b>31</b> 日		※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入			
			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」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ						
	過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		介護保険施設の名称・所在地	□□□病院	期間	<b>4</b> 年 <b>3</b> 月 <b>25</b> 日～ 年 月 日			
変更申請の理由		<b>例）骨折で入院し、以前より状態が悪くなったため</b>							

2 代行して提出される場合

提出 代行 者等	該当に○ [地域包括支援センター <b>居宅介護支援事業所</b> ・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・介護医療院]
	代理の場合、本人との関係： <b>居宅介護支援センター</b> □□□
	〒 □□□-□□□□ <b>島原市○○町○○○-□</b> 電話番号： <b>0957-□□-□□□□</b>

3 要介護認定等を受ける方（本人）の主治医（かかりつけ医）について記入してください。

医療機関名	<b>△△△病院</b>	所 在 地	〒 <b>△△△-△△△△</b> <b>△△市△△△町△△-△</b>
主治医の氏名	<b>△△ △△△△ 先生</b>		電話番号： <b>0957-△△-△△△△</b>
最終診察日	<b>4</b> 年 <b>4</b> 月 <b>25</b> 日		

4 第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の方は記入してください。

特定疾病名 *該当する番号に○をつけてください。	1.筋萎縮性側索硬化症 2.後縦靭帯骨化症 3.骨折を伴う骨粗鬆 4.多系統萎縮症 5.初老期における認知症 6.脊髄小脳変性症 7.脊柱管狭窄症 8.早老症 9.糖尿病性（神経障害/腎症/網膜症） <b>10.脳血管疾患</b> 11.パーキンソン病関連疾患 12.閉塞性動脈硬化症 13.関節リュウマチ 14.慢性閉塞性肺疾患 15.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 16.がん末期
-----------------------------	---

5 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島原地域広域市町村圏組合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または認定調査に従事した調査員に提供することに同意します。

署名 **広域 太郎**

6 訪問調査先が被保険者欄の住所と異なる場合及び認定調査に立ち会われる場合、下記の欄も記入してください。

調 査 先	名 称	<b>○○病院</b>	電話番号： <b>0957-△△-△△△△</b>
	所在地	<b>△△市△△△町△△-△</b>	携帯電話：
調査立会者 <b>(有)</b> (無)	氏 名	<b>広域 花子</b>	電話番号： <b>0957-○○-○○○○</b>
	本人との関係	<b>妻</b>	携帯電話： <b>080-○○○○-○○○○</b>

※調査日程は調査立会者へ連絡します。立会者以外への連絡を希望の方はその他欄に記入して下さい。

7 在利用しているサービス等

<b>デイサービス（月・木）</b> <b>ヘルパー（金）</b>	その他（連絡可能な時間など） <b>夕方15時以降が連絡とれやすい</b> <b>平日の調査希望</b>
--------------------------------------	--

**以下のことに注意して記入してください。**

**なお、不明な点は担当者におたずねください。**

- ※ 要介護認定、要支援認定の申請をされる場合は、被保険者証を添付して提出してください。ただし、被保険者証未交付の第2号被保険者の方が新規に申請をされる場合は、被保険者証の添付の必要はありません。
- ※ 要支援1あるいは、要支援2の方が「区分変更」申請をされた場合は、要支援状態区分のみの審査判定を行います。要支援状態区分に該当しなくなったときには「新規申請」となります。

- 1**
- ◆申請年月日＝申請窓口の受付日、郵送の場合は窓口に着した日として扱います。申請日をさかのぼったり、未来日の受付はできませんのでご注意ください。
  - ◆「医療保険」欄は、保険者名、保険者番号、被保険者証（記号、番号、枝番）を記入してください。
  - ◆被保険者番号、個人番号（個人番号カードや通知カードに記載されている12桁の個人番号）、氏名、生年月日、性別、住所、電話番号を記入してください。
  - ◆「前回の認定結果等」の欄は、現在お持ちの被保険者証で確認し、該当する状態区分を○で囲み、有効期間を記入してください。
  - ◆転入されてきた方は、転入元の市町村名、申請中の方は「はい」を○で囲み、申請日を記入してください。すでに要介護（要支援）認定を受けていた方は、転入元が発行した【受給資格証明書】を添付してください。
  - ◆「過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等入院入所の有無」欄は、過去6ヶ月の間の入院入所の状況を記入してください。有りの場合は、入院（入所）先の名称と期間を記入してください。なお、現在入院中あるいは、入所中の方も名称と期間を記入してください。
  - ◆「変更申請の理由」欄は、区分変更申請（要支援の方の新規申請）をする理由を必ず記入してください。

- 2**
- ◆本人に代わり、認定申請書様式の **2** 欄に記載の事業所が申請を代行される場合、該当する事業所の種類を○で囲み、事業所の名称、住所、電話番号を記載してください。
  - ◆本人に代わり、家族等が申請を代行される場合は、申請の代行をされる方の氏名、申請される被保険者本人との関係、住所、電話番号を記入してください。

- 3**
- ◆「主治医」（かかりつけ医）欄は、必ず記入してください。
  - ◆保険者は、この欄に記載された主治医に要介護認定に必要な【主治医意見書】の作成を依頼しますので、本人の心身の状態が分かる医師名、医療機関名の記入をお願いします。
  - ◆最終診察日を記入してください。
- ※もし主治医がない場合は、保険者が指定する医師に主治医意見書の作成を依頼することとなりますので、その医師の検診を受けてもらいます。受診に当たっては、診断命令書にて通知されます。

- 4**
- ◆40～64歳の方は、該当する【特定疾病】を○で囲み、必ず健康保険証の写しを添付し申請してください。
  - ◆65歳以上の方は、記載不要です。

- 5**
- ◆認定申請書様式の **5** 欄に記載されている内容をお読みいただき、署名（本人氏名）をしてください。
- ※パソコン、ワープロ等での印刷及び印判による氏名の記載はできません。

- 6**
- ◆訪問調査先が自宅（ **1** 欄に記載した住所）と異なる場合には、必ず記入してください。
  - ◆訪問調査時、立会いをする家族等（本人の日頃の状況が分かる方）がいる場合は、有を○で囲み、その方の氏名、本人との関係、連絡先を記入してください。連絡がとれる連絡先を記入間違いのないようお願いします。
- ※訪問調査の日程調整の連絡は、ここに記載した調査立会者へ行います。
- ◆立会者がなしの場合は、無を○で囲んでください

- 7**
- ◆現在利用しているサービスがあれば記入してください。
- 例：デイサービス（月・木）利用中。ショート6/1～6/5利用予定あり。など。- ◆特に伝えたいことなどを記載する欄です。
- ◆連絡が付きやすい時間帯、都合がつかない日、病名や病状は本人に告知していない など
- ◆申請受付のとき聞き取ったことを窓口担当者が記載されても結構です。