# 介護保険要介護・要支援認定申請書

**申請区分**　□ 新規　□ 更新　□ 変更（要支援から）　□ 変更（要介護から）　□ 転入

（あて先）豊中市長　　次のとおり申請します。　　提出日：　　年　　月　　日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 1 | 0 | 0 | | | | | | | 個人番号（マイナンバー） | | | | | | | | | | | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | 生年月日 | □明治 | □大正 | □昭和 | | 性別 | □男 | □女 | | | | | |
| | 氏　名 | | | | | | | | | | | | 年 | | 月 | | 日 | | 歳 | | | | |
| | 住　所（住民登録地） | | | | | | | | | | マンション名・施設名 | | | | | | | | | | | | |
| | 連絡先 | 電話番号 ※右詰で記入 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 現在の認定結果 | 要支援 | □1 | □2 | | | | | | | 有効期間 | 年　月　日から | | | | | | | | | | | |
| | | 要介護 | □1 | □2 | □3 | □4 | □5 | | | | | 年　月　日まで | | | | | | | | | | | |
| | 変更申請の理由 | □ 状態の悪化 | □ 状態の改善 | 具体的に | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 訪問調査について | 同席者（調査の立会者） | □ 有 → | フリガナ | | | | | | | | | | | | | □ 配偶者 | □ 親族（続柄：　） | | | | | | |
| | | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | □ ケアマネジャー | □ 施設・病院職員 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | □ 看護師 | □ その他（　） | | | | | | |
| | | | 住所または事業所名 | □ 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | □ 無（本人のみ） | 電話番号※右詰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 日程調整の連絡先 | □ 本人 □ 同席者に同じ □ その他 → | フリガナ | | | | | | | | | | | | | □ 配偶者 | □ 親族（続柄：　） | | | | | | |
| | | | 氏 名 | | | | | | | | | | | | | □ ケアマネジャー | □ 施設・病院職員 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | □ 看護師 | □ その他（　） | | | | | | |
| | | | 住所または事業所名 | □ 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 電話番号※右詰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 調査先住所 ※住民票の住所地と異なる場合に記入 | | | | | | | | | | | | | | | | （　方） | | | | | | |
| | | | 電話番号※右詰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 施設・病院名 | | | | | | | | | | | | | 病棟・階 部屋番号等 | | | | | | | |
| | | | 【退院予定日】 | 月　日 | □ 未定 | ⇒退院後、自宅での調査になる場合があります。 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 医療機関名 | | | | | | | | | | フリガナ | | | | | 診療科目 | 科 | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | 主治医名 | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号※右詰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | □ 通院 | □ 往診 | □ 入院 | □ 入所 | 最近の診察日・入院日 | 年　月　日 | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療保険者名 | | 医療保険者番号 | | 記号 | | 番号 | | 枝番 | |
| 特定疾病名 | | ※40歳～64歳までの医療保険加入者（第2号被保険者）のみ特定疾病名を記入し、医療保険者証のコピーを添付してください。 | | | | | | | |

**個人情報の提供の同意**

介護サービス計画の作成等の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書を、豊中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も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に提示することに同意します。

被保険者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

■本人以外が申請書を提出する場合はご記入ください。

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 申請代理人又は提出代行者 | 氏名または事業所名等 | | | | | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | 担当者名 | | | | | |
| | | □ 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 | □ 介護老人保健施設 | □ その他 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所または所在地 | □ 同上 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 電話番号※右詰 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| 認定調査 | |
|---|---|
| | ※ 新規の申請に至った理由や認定調査時に配慮してほしいことなどについてお聞かせください。<br>**1．新規申請の理由**<br>**2．認定調査時に配慮してほしいこと**（がん等の進行性の疾患であり本人に未告知の場合や、認知症状がある場合など）<br>**3．現在治療中の病気などはありますか。可能な範囲でお聞かせください。**<br>□脳梗塞　□骨折(部位:　　)　□がん(部位:　　)<br>□結核　□認知症<br>※感染症の恐れがある疾患(かいせんなど)にかかっている場合は、申請時にご相談ください。<br>□入院・転院・手術予定等（具体的に：　　）<br>□その他（具体的に：　　） |

| 特定疾病 | | | |
|---|---|---|---|
| | ※40歳から64歳の方(第2号被保険者) | | |
| | 1 筋萎縮性側索硬化症 | 8 早老症 | 12 閉塞性動脈硬化症 |
| | 2 後縦靭帯骨化症 | 9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | 13 関節リウマチ |
| | 3 骨折を伴う骨粗鬆症 | | 14 慢性閉塞性肺疾患 |
| | 4 多系統萎縮症 | 10 脳血管疾患 | 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 |
| | 5 初老期における認知症 | 11 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（パーキンソン症候群は該当しない） | 16 ガン末期 |
| | 6 脊髄小脳変性症 | | |
| | 7 脊柱管狭窄症 | | |

| 注意事項 | |
|---|---|
| | ● 主治医に関しては、日ごろ本人の心身の状況をよく知った医師（1名のみ）を記載の上、介護認定の申請をした旨を主治医へお知らせください。また、過去3か月以内に受診の無い方は、速やかに受診してください。<br>● 法定後見人の方が、本人署名欄に本人名を代筆される場合<br>⇒ 家庭裁判所が発行する審判書、又は法務局が発行する登記事項証明書のいずれかのコピーに、内容に相違ない旨を記入し、記入日、署名または記名・押印があるものを、申請書と併せてご提出ください。<br>● 申請代理人とは家族・法定後見人等で、本人に代わって申請される方であり、提出代行者とは介護保険法で定められている代行者（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設）で、本人の申請の意志を確認し、手続きを代わりに行う方です。 |

| 備考 | |
|---|---|
| | |

| 豊中市記入欄 | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 個人番号確認 | | 確認日 | 申請者の身分確認 | | | 確認日 |
| □個人番号カード<br>□その他 | | | 1点<br>□個人番号カード<br>□運転免許証<br>□パスポート<br>□その他 | 2点<br>□介護保険被保険者証<br>□医療保険被保険者証<br>□介護保険負担割合証<br>□その他 | | |
| | | 確認者 | | | | 確認者 |
| 受付者 | 入力者 | 調査依頼日 | 調査依頼先 | | 意見書依頼日 | 資格者証 |
| | | | | | | |