要介護・要支援認定申請書の記入方法

介護保険　要介護認定・要支援認定
要介護状態区分・要支援状態区分変更認定　申請書

受付年月日

長崎市長　様
次のとおり申請します。

該当する申請に○をつけてください。
（新規・更新・変更）　□申請入力　□入力チェック

◆ 要介護認定を受けたい方の氏名などを記入してください。

被保険者	被保険者番号	0 0 0	申請年月日	年　月　日
	フリガナ		個人番号	
	氏名		生年月日	明・大・昭　年　月　日
			性別	□男　□女
	住民票住所（被保険者証に記載されている住所）	〒　電話番号（　）－		
	調査先住所 ※所在地が上記住所と異なる場合にお書きください。また、施設・病院等に入所入院中の方は点線下の欄に記載し、病床の詳細がある場合には病棟名、階、号室まで記入をお願いします。	〒　電話番号（　）－　様方		
		該当にレ印 □特別養護老人ホーム □介護老人保健施設 □介護医療院 □病院 □ショートステイ（　/　から　/　まで） □グループホーム □有料老人ホーム		
		施設・病院名　病棟　階　号室		
		所在地　電話番号（　）－		
	前回の要介護認定の結果等 ※要介護度と有効期間を記入してください。	状態区分　要支援（1・2）・要介護（1・2・3・4・5）		
		有効期間　年　月　日～　年　月　日		
		※14日以内に他自治体から転入の場合　転出元自治体（市町村）名（　） 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の場合　申請日：　年　月　日		
	変更申請の理由 ※新規・更新申請時の記載は不要です。	□状態悪化（　月　日頃から） □状態改善 □前回の認定結果に不服 □その他（　）	備考（左欄チェックに至る経緯）	

◆ 本人以外の方が申請される場合に記入してください。

代理人・代行者	氏名・名称	該当にレ印 □代理人 □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 □指定介護療養型医療施設 □介護医療院 ※ 提出代行者の場合には印鑑が必要になります。（※1 業者が代行者となる場合は事業者印が必要になります。）	印	本人との関係
	住所	〒　電話番号（　）－		

◆ 要介護認定を受ける方（本人）の主治医（入院中の場合は、原則として入院先の医師）又主治医が複数いる場合は、心身の状態を一番よく把握している医師を記入してください。

主治医	主治医氏名		医療機関名
	所在地	〒　電話番号（　）－	

◆ 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方のみ記入してください。
（健康保険被保険者証の写しを添付してください。）

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

◎ 訪問調査の際、家族等の同席を希望される方は、同席者の氏名、連絡先を記載してください。
（連絡先については、できる限り日中に連絡が可能なところをご記入ください。）

調査時の同席　□必要　□必要ない	○自宅（　）－	その他（連絡可能時間帯など）
フリガナ 同席者の氏名 （本人との関係：　）	○勤務先（名称　）・携帯電話等（　）－	

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、長崎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。
更新申請について、認定有効期間内に認定を行うことができるときは、申請日から30日を越えた場合でも延期通知を必要としないことに同意します。

※該当分は必ずご記入ください。
デイケア・デイサービス利用曜日：
ヘルパー稼動曜日：
定期通院曜日：

本人氏名

(注) 申請の際には「介護保険被保険者証」を添付して提出してください。

(H31.1.20,000)

介護保険の保険証をご確認のうえご記入ください。

申請された日をご記入ください。

介護サービスを必要とされるご本人の氏名・生年月日などをご記入ください。

介護保険の保険証をご確認のうえご記入ください。電話番号は必ずご記入ください。

ご家族宅等、現在住民票の住所にお住まいでない場合にご記入ください。

介護保険施設や病院等に入所、入院中の場合にご記入ください。

区分変更申請をされる場合には「変更申請の理由」を必ずご記入ください。

ご本人以外の方が申請される場合にご記入ください。

本人氏名欄に、本人が署名してください。本人が書けない場合は、本人に了解を得たうえで、家族等の代理人が本人氏名を代筆してかまいません。

主治医の名前（フルネーム）、医療機関名などを漏れなくご記入ください。

第2号被保険者の方はご記入ください。健康保険証の写しを添えて提出してください。

要介護認定の訪問調査時に、家族等の同席を希望される場合は、同席者の氏名・本人との関係・日中連絡が可能な連絡先をご記入ください。同席が必要ない場合は「□必要ない」にレ印をつけてください。