

※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市民福祉課に届けるか、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		〇〇年〇〇月〇〇日	
被保険者番号	0001234567		個人番号
医療保険	保険者名	被保険者番号	
被保険者証	記号	番号	
被	フリガナ	ツルオカ タロウ	生年月日 性別
	氏名	鶴岡太郎	明大昭 男・女
保	住所	〒 997-0000 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))	電話番号 (0235) 25 - 2111
	前回の要介護認定の結果等	*現在の要介護・要支援認定区分を記入 要介護状態区分 ① 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 〇〇年〇〇月〇〇日から △△年△△月△△日 *14日以内に他市町村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。 はい ・ いいえ 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、申請日を記入してください。 申請日 年 月 日	
者	変更申請の理由	骨折のため入院し、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	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	施設等の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	施設等の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日

※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・指定介護療養型医療施設、介護医療院
	() -

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

連絡先	(フリガナ)	本人との関係	長女
	(氏名)	藤島花子	
	(住所) 〒 997-0000 鶴岡市藤島字笹花25番地	日中の連絡先電話番号	自宅・勤務先 (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【医療保険証の写しを必ず添付してください。】
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、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者等に提供することに同意します。
要介護認定・要支援認定申請にもとづいた認定結果(要介護度、認定期間等)を、主治医又は地域包括支援センター、居宅支援事業所等に通知することに同意します。

被保険者名 鶴岡太郎

(注意) 介護保険被保険者証の交付を受けている方は、申請の際必ず添付してください。
医療保険の番号等の記載がない場合は、写しの添付をお願いします。

記入のしかた（太枠の中をもれなくご記入ください）

申請区分
「新規」「変更」「更新」のいずれかを囲んでください。「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。

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。

個人番号
マイナンバーを記入してください。

療養保険被保険者番号等(医療機関を受診する際につかう保険証です)
医療保険証に記載されています。

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。鶴岡市に転入し、前の住所地で介護認定を受けていた方も記入ください。

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
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、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。介護保険施設等を利用している場合も記入してください。

提出代行者
提出代行者は、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、介護医療院が提出代行する場合に使用する欄です。他の方がなさる場合は、提出代理者になります。

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。提出する前に必ずかかりつけ医に相談の上、主治医の氏名・医療機関名・所在地を、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。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
認定調査の日程調整、ご本人様の日常生活の確認など連絡する先となります。携帯電話等、平日の日中連絡のとれる電話を記入してください。

特定疾病名
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。被保険者の氏名を記載して下さい。

※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 0235-25-2111 内線187、188