

介護保険要介護認定・要支援認定申請書

《記載例》

(宛先) 富山市長

次の通り申請します。太枠内は必ず記入してください。・※欄は該当する方のみ記入してください。

被 保 険 者	申請年月日	令和 6 年 11 月 1 日								申請区分	3	←該当する番号を記入してください。 1.新規 2.更新 3.変更 4.転入									
	被保険者番号	9	0	0	0	0	0	0	0	0	個人番号 *1										
	医療 保 険	保険者	2	← 該当する番号を記入してください。また「その他」の場合は、保険者名を括弧内に記入してください。 1.富山県後期高齢者医療広域連合 2.富山市国民健康保険 3.その他 ()																	
		保険者番号	160010						記号	999	番号	999	枝番	01							
	フリガナ	カイゴ タロウ										性別	男 ・ 女								
	被保険者氏名	介護 太郎										生年月日	昭和40年11月 1日								
	被保険者住所	〒 930-8510 富山市新桜町7番38号										電話番号 (076) 443 - 2042									
過去6ヶ月間の 施設入所・入院 (有・無)	介護保険施設の名称等										期間	年	月	日	年	月	日				
	医療機関等の名称等 富山市民病院										期間	R6年	4月	1日	~	R6年	10月	1日			
主治 医	医療機関コード	1	6	1	0	1	1	3	6	4	7	医療機関名	富山市民病院								
	医療機関所在地	〒 939-8511 富山市今泉北町2番地1 電話番号 (076) 443 - 2042										主治医氏名 (診療科)	医療 太郎								
認 定 状 況	※前回の要介護 認定の結果等	新規申請以外の場合 に記入										要支援 ① 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 R 6年 4月 1日 から R 6年10月31日									
		14日以内に他自治体 から転入した場合に記入										認定を受けていた自治体 (都道府県 市町村) 申請中の場合・・・申請日 年 月 日									
	※変更申請の場合 その理由	1	← 該当する番号を記入してください。また「その他」の場合は、理由を括弧内に記入してください。 1.心身機能の悪化 2.心身機能の改善 3.その他 ()																		

※申請者が、被保険者本人以外の場合は記入してください。

申 請 代 行 者	※事業所番号	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	該当する番号を記入してください。→						3
	代行者氏名 (事業所名・担当者名)	富山地域包括支援センター(仮) (担当者:富山)										1.成年後見人 2.家族・親類 () 3.地域包括支援センター 4.指定居宅介護支援事業者 5.指定介護老人福祉施設 6.介護老人保健施設 7.介護医療院						
	住 所	〒930-8510 富山市新桜町7番38号 日中連絡できる電話番号 (076) 443 - 2042																

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は、裏面の【特定疾病表】から該当する番号と特定疾病名を記入してください。

特定疾病番号	9	特定疾病名	脊柱管狭窄症
--------	---	-------	--------

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、富山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、地域密着型サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者、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又は提供することに同意します。

本人氏名(自署)

☒ ←同意しない場合は、□にチェックをつけてください。

認定調査	申請代行者で実施・市社協に依頼・その他 ()										◎市社協調査の場合に記入してください。＜必須＞ (該当項目に○、または□にチェックをつけてください。)										
備 考											調査地域 神通川左岸 ・ 神通川右岸 調査場所 自宅 ・ 病院 () ・ その他 () →自宅の場合 駐車場 (有) ・ 無) 立会希望 申請代行 ・ 家族 () ・ その他 () 調整連絡 ☒ 申請代行(電話番号: 076-443-2042) ☐ 家族 () ※申請者以外に備考に連絡先を記入										
	予約済の場合は日時を記入→ 月 日 () 時 分																				
市 場 欄	番 号	番号カード・通知カード・住民票・端末・()																			
	本人・代理	番号カード・通知カード・障害者手帳・介護保険受給票・保険証(介護・国民・後期高齢者)・健康保険証・()																			
	代理権	法定・委任状・保険証(介護)・()																			

【特定疾病表】 40歳から64歳までの方が介護保険を利用するときに対象となる病気

番号	特定疾病名
1	がん末期(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。)
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	骨折を伴う骨粗しょう症
6	初老期における認知症
7	進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
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、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
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

(注1) 『介護保険被保険者証』と40歳～64歳は『医療保険加入情報が確認できるものの写し(健康保険証等)』
を添付してください。

(注2) 網掛け部分については機械読取りを行うため、記載枠内に明瞭に記載してください。

(*1) 個人番号を記載された方は上記に加え『番号を確認できる書類』と『申請者の身分証明証』を提示してください。