



三田市長 宛

<介護保険被保険者証をお持ちの方は、必ず添付してください>
介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

次のとおり申請します。

		申請日	令和 年 月 日								
		申請区分	・新規申請 ・更新申請 ・要支援からの変更 ・要介護の区分変更（重・軽） ・要介護から要支援への変更								
被 保 険 者	介護保険被保険者番号	0	0	0							
	フリガナ										
	氏名										
	住所 (住民票の住所)	〒 -									
	電話番号	自宅() - 携帯() -									
	生年月日	明・大・昭・西暦				年 月 日				(歳)	
	現在(前回)の要介護認定の結果等	※新規申請の場合は記入不要です。 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで									
	変更申請理由	心身機能の悪化 心身機能の回復 その他 ()									

※ 要介護・要支援認定の審査判定の資料とするため、認定調査員がご自宅等に訪問して、介護を必要とする方の心身の状態などについて聞き取り調査を行います。
この用紙の表面に記入された内容は全て訪問調査員にお伝えしますのでご了承ください。

①は全員記入してください。

① 認 定 調 査 に つ い て	調査場所	入所施設・医療機関名称等 (※上記の住所と異なる場合のみ記入してください。) (名称等)									
		(所在地) 〒 -									
		電話() -									
	調査日程を決めるための連絡先	本人	自宅・携帯・その他⇒ ()				電話() -				
	※複数ある場合は右枠内に優先順位を記入	家族	(氏名: 続柄:)				電話() -				
		その他	(氏名: 名称等:)				電話() -				
		連絡がつきやすい日時: いつでも・曜日 午前・午後 : ~ :									
家族等の立合い	なし	あり	家族 (氏名: 続柄:)				その他 (氏名: 名称等:)				
調査可能日時	いつでも・電話にて要調整・曜日 午前・午後 : ~ :										
認定調査に関して伝えておきたいこと	世帯の状況(独居・家族と同居)・入退院の経過・特別に配慮すべきことなど <本人・家族から>										
	<担当ケアマネジャーから> ※事業所名等は調査員から連絡が必要な場合に限り記入すること。										
	※事業所名 氏名 連絡先() -										

※裏面にも記入欄があります。

※不明の場合は空欄でも可。

※マイナンバー（個人番号）									
※医療 保険	保険者名			保険者番号					
	被保険者証	記号		番号		枝番			

40～64歳の健康保険加入者（第2号被保険者）は、健康保険証のコピーを添付（もしくは原本を持参）してください。

②は全員記入してください。

※主治医の氏名はフルネームで記入してください。

② 主治医 について	医療機関名		主治医の氏名	
			診療科名	
	所在地	〒 -		
受診状況	最終受診 令和 年 月 日頃 ・ 不明 ・ 入院（入所）中			
	次回受診予定 令和 年 月 日頃 ・ 未定			

※ 受付日から過去2ヶ月以内に受診していることが必要です。万一、受診していない場合は速やかに受診するとともに、主治医に当申請について申し出てください。

③次の欄は40～64歳の健康保険加入者（第2号被保険者）のみ記入してください。

また、健康保険証のコピーを添付（もしくは原本を持参）してください。

特定疾病名 (該当するものに ○印をつける)	①がん（医師の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脳血管疾患	③関節リウマチ	④脊柱管狭窄症
	⑤筋萎縮性側索硬化症	⑥後縦靭帯骨化症	⑦骨折を伴う骨粗しょう症
	⑧多系統萎縮症	⑨初老期における認知症	⑩脊髄小脳変性症
	⑪早老症	⑫閉塞性動脈硬化症	⑬慢性閉塞性肺疾患
	⑭糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症		
	⑮パーキンソン病、進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症		
	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		

④次の欄は提出代行の場合のみ記入してください。

提出 代行 者	名称	該当に○（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・介護療養型医療施設・介護医療院） 【更新申請・要介護からの変更申請の場合】上記被保険者の認定調査について、 ①三田市から依頼があった場合、本事業所による実施が可能です。（該当・非該当） ②被保険者の個別事情を勘案して、本事業所が実施します。（該当・非該当）
	所在地 (市外の場合のみ)	〒 -

⑤全員回答してください。

介護（予防）サービス計画を作成する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、三田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、または主治医意見書を記載した医師に提示することに

同意する・同意しない（←どちらかに○印をつけてください）

※以下は三田市記入欄

被保証添付	資格者証発送	意見書発送①	意見書発送②	調査依頼①	調査依頼②	申請取り下げ
有・無	/	/	/	/	/	/
【備考】						