

【介護保険(変更・更新)認定申請書 記入例】

該当する申請区分に○を付けてください

受付印

介護保険(変更・更新)認定申請書

申請日を必ず記入

個人番号(マイナンバー)がわからない等、個人番号が未記入の場合も申請を受理します。

(宛先) 昭島市長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和3年 1月 1日

| | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|-------|------|-------------------------|---------------|------|------|-----|--|-----|--|
| 介護保険被保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 | | | | | | | | | | |
| 医療保険 保険者名 | 昭島市 | | | 保険者番号 | 138305 | | | | | | |
| 医療保険 被保険者記号・番号 | 記号 | 33-55 | | 番号 | 1234 | | 枝番 | 1 | | | |
| フリガナ | アキシマ タロウ | | | 生年月日 | ○年 ○月 ○日 | | 性別 | 男・女 | | 88歳 | |
| 氏名 | 昭島 太郎 | | | | | | | | | | |
| 住所 | 〒196-0000 東京都昭島市〇〇町〇-〇-〇 | | | 電話番号 | 042-000-0000 | | | | | | |
| (現在の所在地で該当するものに○) 入院中 入所中 その他 | ※上記以外の住所(病院・施設等)にいる方は、下の欄に記入してください。 | | | | | | | | | | |
| 病院名 または施設名 | ※入院中・施設入所中等の方はそちらで調査しますので名称・住所地等をご記入ください。自宅の場合は記入は不要です。 | | | 退院・転院の予定がある場合は記入してください。 | 月 日 退院・転院 予定) | | | | | | |
| 現在の認定区分等(該当に○) | 区分: 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 | | | | |
| 有効期間: | 令和3年 9月 1日 から | | | 令和4年 8月 31日 まで | | | | | | | |
| 変更申請理由(変更の場合記載) | 認知症により介護の手間が増えたため | | | | | | | | | | |

医療保険(健康保険)情報を記入してください。※40歳から64歳の方は、医療保険証(有効期間内のもの)または医療保険の資格が確認できる書類(資格確認書、資格情報のお知らせ)のコピーも合わせて添付し、下記の特定疾病名も記載してください。

退院・転院の予定がある場合は記入してください。

区分申請の場合は理由を具体的に記入ください。

| | | | | | |
|-------------------|------|----------|-------------|------------|--------------|
| 調査時の立会い希望(どちらかに○) | あり | なし | 連絡をとりやすい時間帯 | 13時から17時の間 | |
| 立会う方 | フリガナ | アキシマ ハナコ | 本人との関係 | 電話番号 | 042-000-0000 |
| | 氏名 | 昭島 花子 | (長女) | 連絡をとりやすい番号 | |

調査時立会いを希望される場合は氏名・連絡先を必ずご記入ください。

申請される方が被保険者ご本人以外の場合は記入してください。

| | | | | | |
|----------------------|---|--|--------|--------------|--|
| 申請者氏名 | 昭島 花子 | | 本人との関係 | 長女 | |
| 住所 | 〒196-0000 東京都昭島市〇〇町〇-〇-〇 | | 電話番号 | 042-000-0000 | |
| 提出代行者(事業者が提出する場合は記入) | 該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設のうち、厚生労働省令で定めるもの) ※提出代行事業者の方はご記入ください。代行を頼まない場合は不要です。 | | | | |

市から病院へ依頼します。病院名・医師の名前(フルネーム)を記入してください。

| | | | | | |
|--------------|--------------------------|--|---------|--------------|--|
| 医療機関名 | 〇〇 病院 | | 診療科目名 | 内科 | |
| 主治医氏名(フルネーム) | 昭島 良夫 | | 最終受診日 | R2年 12月 5日 | |
| | | | 次回受診予定日 | R3年 1月 25日 | |
| 所在地 | 〒196-0000 東京都昭島市〇〇町〇-〇-〇 | | 電話番号 | 042-000-0000 | |

眼科、耳鼻科、皮膚科は主治医意見書を記入してもらえない場合があります。事前にご確認ください。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記載

| | | | | | |
|-------|--------------------------------|--|--|--|--|
| 特定疾病名 | ※該当の方のみ記入してください。(16の疾病が該当します。) | | | | |
|-------|--------------------------------|--|--|--|--|

※40歳~64歳までの方は、該当する病名を記載してください。

適切な運営のために必要がある時は、要介護認定・要支援認定にかかる医意見を昭島市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護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同意します。調査することについても、この申請をもって同意します。なお、記載された事項は介護保険システムのコンピュータに記載されます。

かかりつけの主治医など被保険者本人の現在の状態を最もよく理解している医師(医療機関)を記入してください。

上:被保険者本人の名前
下:代筆した方の名前

| | | |
|-------|-------|-------------|
| 本人署名 | 昭島 太郎 | |
| 代筆者署名 | 昭島 花子 | 本人との関係 (長女) |

<問い合わせ先>

保健福祉部介護福祉課 認定係
電話番号 042-544-5111 内線2142 2143 2155