

記入例

(新規申請用)

新規申請書の書き方

様式第3号(第11条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

豊岡市長様
要介護度の認定に関し、次のとおり申請します。

申請年月日 ○年○月○日

介護保険被保険者番号 0000098765 個人番号 123456789012

医療保険 保険者名 豊岡市(国民健康保険加入時) 保険者番号 280958

被保険者 被保険者記号・番号 記号 1234567 番号 枝番 01

フリガナ トヨオカ タロウ 生年月日 2年3月4日

氏名 豊岡 太郎 性別 男・女

住所等 〒668-8666 豊岡市中央町2番4号 電話番号: 0796-23-1111

転出元自治体(市町村)名 []

※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。(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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日

申請情報等

現在の認定 [最新のみ記入] 要介護: 1・2・3・4・5 要支援: 1・2 サービス利用 有・無

申請理由等 [新規のみ記入] <疾病・負傷(自損・受傷)> ※受傷とは、交通事故等の被害者の場合 暫定利用予定 有・無

過去6月間の介護保険施設への入所、又は医療機関等への入院状況

介護 (所在地) 豊岡市中央町2番4 (施設名) 豊岡病院 期間 ○年○月○日 ~ ○年○月○日

介護 (所在地) 豊岡市中央町2番4 (施設名) 豊岡病院 期間 ○年○月○日 ~ ○年○月○日

調査希望場所 自宅・自宅外(名称・所在地等) 重要!

調査時立会者 無・有(氏名 豊岡 花子 続柄 妻 連絡先 23-1111)

提出代行 名称等 [] 電話番号: []

主治 医師の氏名 豊岡 一郎 医療機関名 豊岡病院

直近の受診 ○年○月○日 他科の受診 無・有(整形外科) 電話番号: 0796-22-6111

医 所在地等 〒668-8501 豊岡市戸牧1094

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名称 {該当する番号}に○印を記入

① がん(末期) ② 関節リウマチ ③ 筋萎縮性側索硬化症 ④ 後縦靱帯骨化症 ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥ 初老期における認知症 ⑦ 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 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 糖尿病性の神経障害、腎症及び網膜症 ⑬ 脳血管疾患(出血・梗塞) ⑭ 閉塞性動脈硬化症 ⑮ 慢性閉塞性肺疾患 ⑯ 両膝又は両股の変形性関節症

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、主治医意見書、豊岡市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、豊岡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、介護保険施設、介護支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業の実行者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由) 重要!

本人署名 豊岡 太郎 (代理者 豊岡 花子 続柄妻)

記入してください。

重要!

記入してください。
個人番号欄及び医療保険
番号は記入が無くても申
請できます。注1

後期高齢者医療保険に加入の方
保険者: 兵庫県後期高齢者医療広域連合
保険者番号: 39282090
上記以外の医療保険にご加入の方は、被保険
者証をご確認のうえ記入してください。

記入してください。

過去6月間の入所・入院の
履歴を記入してください。

記入してください。注2

ケアマネジャー等、事業者に申請
手続きを依頼する場合に
事業者が記入します。

記入してください。注3

40歳~64歳までの方
は、記入ください。
65歳以上の方は、記入の
必要はありません。注4

上記文書を確認のうえ、本
人様が署名してください。
注5

注1: 個人番号欄及び医療保険情報欄は記入が無くても申請できます。ただし、個人番号欄に記入された場合については番号・本人確認等のため、別途書類が必要になりますので別紙「個人番号欄の記入について」をご覧ください。

注2: 調査場所は原則自宅となります。入院中の方も退院後、自宅での調査が基本となりますが、病院で調査を受けることもできます。調査時には普段の介護の様子をご存じの方の同席をお願いします。日程調整をするため、平日の日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

注3: 直近の受診欄には直近の受診日を記入してください。概ね1カ月以内に受診のない場合には、受診をお願いすることがあります。

注4: 40歳から64歳までの方のみ記入してください。また、申請時にマイナンバーカード(コピー不可、暗証番号要)、マイナポータルからダウンロードした「医療資格情報画面」(スマートフォンのスクリーンショット可)、資格確認書(コピー可)のいずれかを持参してください。

注5: 本人様が書けない場合は、代理の方が上段に本人様氏名を代理で署名していただき、下段に代理の方の氏名を自署してください。(この場合、「署名」の文字を二重線で消してください)