

インターネット ダウンロード用紙 (裏面の主治医意見書送付先欄を必ず記入してください。)



※介護保険被保険者証 (ピンク色) を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

| | | | |
|------|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 申請区分 | <input checked="" type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 更新 | <input type="checkbox"/> 変更 |
|------|--|-----------------------------|-----------------------------|

| | |
|-------|-------------|
| 申請年月日 | 令和〇〇年 4月 1日 |
|-------|-------------|

↑該当する項目にチェックしてください。

市役所 (支所等) で受付した日が申請日となります。

(あて先) 姫路市長

次の通り申請します。 (太線の枠内を記入してください)

| | | | | | | | | | | | |
|-------|-------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提出代行者 | 事業所番号 | 必ず欄内に10桁で記入してください。 | | | | | | | | | |
| | 法人名 代表者名 | ※施設の場合は、施設名・施設の管理者名、居宅介護支援事業者の場合は法人名・法人の代表者名 | | | | | | | | | |
| 提出代行者 | 所在地 | | | | | | | | | | |
| | (TEL: - -) | | | | | | | | | | |

- (該当に必ず☑をつけてください)
- 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
 - 地域包括支援センター

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------|--|---------------------|--|--|--------|----------------|--|--|--|--|---------------|--|--|--|--|--|
| 住所 | 姫路市安田×丁目×番地 | | | | 個人番号 | ×××××××××××××× | | | | | | | | | | |
| | | | | | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | |
| ふりがな氏名 | ヒメジ タロウ 姫路 太郎 | | | | 生年月日 | △△年 1月 1日 | | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 種別(※) | 1 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | | 性別 | <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | | | | | | | | | |
| 訪問調査先 (現在の居所) | 入院・入所の場合は、その施設名・部屋番号・入院期間を書いてください。上の住所と同じ場合は記入不要です。 (例) 姫路市飾磨区細江〇〇 介護老人保健施設□□ | | | | | | | | | | | | | | | |
| 訪問調査先 電話番号 | 種別(※) | 4 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 | | | | 入院期間 | △年 3月 1日～ | | | | | | | | | |
| 訪問調査日時 連絡先電話番号 | 種別(※) | 2 △△△ - △△△△ - △△△△ | | | | 入所期間 | △年 4月 30日予定 | | | | | | | | | |
| | | | | | 氏名 | 安田 花子 | | | | | 本人との続柄 (子) | | | | | |

※連絡先の種別を記入してください (1.本人 2.家族 3.介護支援専門員 (ケアマネジャー) 4.施設 5.病院 6.他)

| | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|-------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 前回認定結果 | 要介護状態区分等 | | | | | | | | | | | | |
| | 有効期間 | から まで | | | | | | | | | | | |
| 変更申請の場合その理由 | 14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入してください。 | 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。 (既に認定結果通知を受けとっている場合は「いいえ」を選択してください。) はい・いいえ ※「はい」の場合、その申請種別 (新規・更新・変更) | | | | | | | | | | | |
| | | 1 心身機能の悪化 2 心身機能の改善 3 その他 () | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | |
|---------------------|-------|-----------|--|--|--|-----|------|--|--|--|
| 主治医 | 医療機関名 | 〇×病院 | | | | 医師名 | △△医師 | | | |
| (主治医意見書を依頼する医療機関名等) | 所在地 | 姫路市坂田町〇番地 | | | | 診療科 | 〇〇科 | | | |

| | | | | | | | | | | |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 同意欄 | 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、姫路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若しくは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することに同意します。 | | | | | | | | | |
| | 本人氏名 姫路 太郎 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護認定進捗確認システムへの申請進捗状況の掲載に同意します。 | | | | | | | | | |

| | | | |
|--------|-----------|----|----|
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証 | 記号 | 番号 |
|--------|-----------|----|----|

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入 (申請時に医療保険被保険者証を持参してください。)

| | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

| | | | | | | | | | | |
|-----|---|---|---|------|--------|-------|----|---------|------------|--------|
| 受付日 | 年 | 月 | 日 | 地区CD | 特定疾病CD | 意見書交付 | 受付 | 被保険者証回収 | 被保険者証再交付申請 | 資格者証発行 |
|-----|---|---|---|------|--------|-------|----|---------|------------|--------|

【要介護認定・要支援認定 主治医意見書送付先欄】

該当する項目にチェックしてください。

- 市役所（支所等）の窓口で申請する →申請した窓口で必ず主治医意見書を受け取り、主治医に作成を依頼してください。
- 郵送で申請する → 申請受付後、市役所からご本人又はご家族のご自宅まで主治医意見書を送付します。
主治医意見書が届き次第、主治医に作成を依頼してください。

(〒 〇〇〇-〇〇〇〇)

本人との続柄

意見書

送付先

〇〇県××市△△町□□番地 安田 花子

(子)