

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

新規 更新 変更 介護新規 転入

受付者印

(あて先) 三鷹市長

次のとおり申請します。

		申請年月日		年	月	日						
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	個人番号										
	医療 保 険	保険者名	保険者番号									
		被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番							
	フリガナ	生年月日										
	氏 名	性別										
	住 所	電話番号 ( )										
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分		1	2	3	4	5	要支援状態区分		1	2
		有効期限		年 月 日		から		年 月 日				
		※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	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									
	過去6箇月間の介護 保険施設・医療機関 等入院入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～年 月 日					
申請理由												

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・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)				
	住 所	〒 電話番号 ( )				
申 請 者	氏 名	本人との関係				
	住 所	〒 電話番号 ( )				

主 治 医	氏 名	医療機関名		
	所 在 地	〒 電話番号 ( )		
現在、上記医療機関には		<input type="checkbox"/> 通院または往診である	<input type="checkbox"/> 入院中である	<input type="checkbox"/> 施設に入所中のため 主治医は施設医である
通院中の方がご記入ください		最終通院日は 年 月 日	次回は 年 月 日	
		通院の頻度は <input type="checkbox"/> 1箇月に1回以上	<input type="checkbox"/> 2箇月に1回	<input type="checkbox"/> 3箇月に1回

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※資格確認書等の写しを添付してください。

特定疾病名

介護保険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  
三鷹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  
護情報、三鷹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  
護情報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  
礎)

同意します。 同意しません。

**記入例**

※裏面も必ず記入してください。(R8.4.1～)

該当する申請区分に  をつけてください。

新 規…初めて介護認定の申請をする方  
あるいは、以前に介護認定を受けていたが、既に有効期間が満了している方

更 新…現在、介護認定を受けていて、認定有効期間を過ぎても引き続き介護保険のサービスをご利用  
になりたい方

変 更…状態の変化等により、介護度の見直しが必要な方(現在の介護度ではサービスが不足してしまう、  
状態が改善した等)

介護新規…現在要支援1または要支援2の認定を受けている方で、要介護1～5の認定を希望する方  
※変更・介護新規申請をする場合は、必ず担当ケアマネジャーに連絡してください。

転 入…現在、他市で介護認定を受けていて、三鷹市への転入後も介護認定の継続を希望する方

申請書を記入した日を記入してください。

※ 新規申請や区分変更申請の場合、市役所・市政窓口・高齢者なんでも相談センター(地域包括支援センタ  
ー)で受け付けた日が「受理日(=申請日)」となり、認定有効期間開始日となります。「申請日」の欄に記入  
された日付と違う場合もありますので、ご注意ください。

個人番号を記入された方は、番号確認書類(裏面右下部参照)を添付してください。個人番号(マイナンバー)  
は、原則として記入していただく必要がありますが、記入がない場合でも受付することができます。

被保険者番号は、「介護保険被保険者証」の「番号」欄に書いてあります。記入がない場合でも受付すること  
ができます。

対象者の医療保険(健康保険)の内容は、原則として記入していただく必要がありますが、記入がない場合でも  
受付することができます。

過去6か月の間に入院(入所)していた方は、医療機関名または施設名および入院(入所)期間を記入してく  
ださい。

介護保険を申請することになったきっかけや、現在生活しているうえで困っていること、介護認定を受けて利  
用したいと思っているサービス等を記入してください。

「申請者」の欄には申請書を記入する方の氏名・住所・電話番号・続柄を記入してください。  
事業所等が提出代行をする場合には「提出代行者」の欄に記入してください。  
※ 事業所印の捺印は不要です。

介護保険でいう「主治医」とは、ご本人による定期的な通院あるいは医師による定期的な往診があり、現在の  
主だった症状を診ている先生のことを言います。前回の受診日が2か月以上前になる場合は、ご本人の現在の  
状況がわからないため、主治医意見書を記載することができません。もう一度受診してから介護保険の申請を  
してください。また、主治医意見書は市役所から医療機関に依頼をしますので、介護保険を申請する際はご本  
人やご家族があらかじめ「主治医意見書の記載をお願いします」と先生に伝えておいてください。  
通院中の方は通院日・通院頻度も記入してください。

対象者の年齢が65歳未満の場合に記入し、医療保険者から交付されている「資格情報のお知らせ」・「資格確  
認書」等のコピーを添付してください。  
対象者が65歳未満の場合、下記いずれかの特定疾病に罹患していないと申請することができません。

①がん(末期) ②関節リウマチ ③筋委縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 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多系統委縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症  
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両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

記載内容に対する同意について、いずれかに  をつけてください。

# 認定調査連絡票

この連絡票をもとに、調査日時をご相談させていただきます。該当する口に✓を入れ記入してください。

フリガナ 被保険者 氏名	ミタカ ハナコ <b>三鷹 花子</b> (80歳)	住所	三鷹市野崎1-1-1-101 建物名(集合住宅の場合) <b>三鷹野崎マンション</b>
1 調査時の立会人 ※可能な限り、日頃の 状態がわかる方の立 会いをお願いします。	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名 <b>三鷹 太郎</b> 続柄 <b>長男</b> 連絡先① <b>0422-45-1151</b> 連絡先② <b>090-0000-0000</b>		
2 調査の日程を 調整する際の 連絡先(平日昼間)	<input checked="" type="checkbox"/> 立会人 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 (※✓を入れた方は以下もご記入ください。) 氏名 _____ 続柄 _____ 連絡先 _____		
3 訪問調査先 (現在、生活して いるところ)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(住民票上の住所) <input type="checkbox"/> 表面記載の病院または施設 ※✓を入れた方は以下もご記入ください。 ・いつから入院または入所していますか? ( 年 月 日) ・入院中の病棟・階をご記入ください。( 病棟 階 科) ・退院、転院または退所する予定はありますか? <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( 月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定 ・退院、転院または退所した後の生活場所はどこですか? <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> ほかの病院・施設 ※✓を入れた方は「名称等・住所・電話番号」を以下にご記入ください。 <input type="checkbox"/> 上記以外の場所 名称等 _____ 住所 _____ 電話番号 _____		
4 都合の悪い日 調査は原則として平日 に行います。	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (曜日・時間帯等) <b>(月) (水) の午後</b>		
5 調査時 留意すべきこと	<input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で話してほしい。(筆談は必要ですか? 要・ <b>不要</b> ) <input type="checkbox"/> 本人の前では病気のことを話さないでほしい。 <input type="checkbox"/> 本人の前で話せないことを、立会人から説明する時間を設けてほしい。 <input type="checkbox"/> その他 { <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;">                     調査員に気を付けてほしいと思うことが あればご記入ください。                 </div>		
6 備考欄	代理人を定めて申請する場合は必ず記入してください。		

ご本人のお名前・年齢・ご住所(住民登録地)をお書きください。

**【認定調査の立ち会いについて】**  
ご本人がお一人で調査を受けることも可能ですが、家族など身近で普段サポートしてくれる方が同席していれば、現在の状況をより正確に伝える助けになります。

**【調査日程を調整するための連絡先について】**  
市役所窓口で調査日程を決めていない方は、認定申請後に市役所よりお電話でご連絡し日程調整をします。平日日中に連絡のつく電話番号をお書きください。

**【現在ご自宅で生活されている方について】**  
現在ご自宅(住民登録地)で生活されている方は、「自宅」にチェックを入れてください。認定調査員が自転車でご自宅までお伺いし、認定調査を行います。

**【現在ご入院・ご入所中の方について】**  
現在ご入院またはご入所されている方は、「表面記載の病院または施設」にチェックを入れてください。認定調査はご入院先の医療機関またはご入所先の施設までお伺いして行います。入院・入所の開始時期や病棟・階・科、退院・退所の予定の有無も併せてご記入ください。また、日程調整後に調査場所が変更になった場合は介護認定係まで必ずご連絡ください。

**【上記以外の場所で生活されている方について】**  
ご家族の住居等、ご自宅及び表面記載の病院・施設以外で生活されている方は、「上記以外の場所」にチェックを入れてください。併せて「名称等・住所・電話番号」もお書きください。(ご家族の住居で生活している場合、名称は「長男宅」等でご記入ください。)認定調査はご本人が現在生活しているところにお伺いして行います。

**【認定調査にお伺いする日時について】**  
認定調査は原則平日の 9:30~、11:00~、13:30~のいずれかの時間帯で行います。所要時間は約1時間です。ご都合の悪い曜日や時間帯がある場合はご記入ください。

申請書提出の際は必要な確認書類を持参(郵送による提出の場合は写しを同封)してください。  
 市役所窓口、高齢者なんでも相談センター(地域包括支援センター)で申請書を提出する場合は、写しを添付してください。

**【番号確認書類】**マイナンバーカード(個人番号カード)、マイナンバー(個人番号)が記載された住民票の写しなど

**【身元確認書類】**※代理人が申請する場合は、代理人の身元確認書類が必要です。

① 1点で身元確認ができる書類  
マイナンバーカード、住民基本台帳カード(写真付)、運転免許証、パスポート、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳など

② 2点で身元確認ができる書類  
介護保険被保険者証、介護保険負担割合証、年金手帳、生活保護受給証明書など

③ ②の書類のうちの1点と合わせて2点で身元確認ができる書類  
診察券、金融機関が交付したキャッシュカード、金融機関が交付した通帳、クレジットカード、公共料金の領収書、シルバーパスなど

\*③の書類のみの2点では不可

表面の事項につき、以下の者に委任します。

委任者(被保険者) **三鷹 花子** 代理人 **三鷹 太郎**

記入例	身元確認	個・住B・運・バ・身・精・居介・官公・他( )	<input type="checkbox"/> 本人	代理権の確認	<input type="checkbox"/> 登記事項証明書
		介保・介負・健保・年金・保護・他( )	<input type="checkbox"/> 代理人		<input type="checkbox"/> 介保
		診・キ・外・通・公料・シバ・他( )	<input type="checkbox"/> 代行		<input type="checkbox"/> 委任状
		その他( )	<input type="checkbox"/> その他		<input type="checkbox"/> その他