

## 記載上の注意

該当に○をつけてください

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

同居している家族等がいる場合は、有に、そうでない場合は無にチェック

（あて先）小松市長 次のとおり申請します 申請年月日 年 月 日

|                  |                                                 |                                                                      |                                 |
|------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------|
| 個人番号             |                                                 | 被保険者番号                                                               |                                 |
| 医療保険             | 保険者名                                            | 保険者番号                                                                |                                 |
|                  | 被保険者証 記号                                        | 番号                                                                   | 枝番                              |
| 被<br>保<br>険<br>者 | フリガナ                                            | 生 年 月 日                                                              | 年 齢                             |
|                  | 被保険者氏名                                          | 明・大・昭<br>年 月 日                                                       | 1号<br>2号                        |
|                  | 住 所                                             | 同居の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無          |                                 |
|                  | 前回の要介護認定の結果等                                    | 要支援( )・要介護( ) 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日                                     |                                 |
|                  | 申 請 理 由<br>(新規・変更のみ記入)<br>(14日以内に転入した者のみ前住所を記入) |                                                                      |                                 |
|                  | 入院・入所の有無                                        | 有・無                                                                  | 退院・退所予定のある方 年 月 日 サービス利用の有無 有・無 |
|                  | 入院・入所施設                                         | <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他の医療機関・施設 |                                 |
| 主<br>治<br>医      | 施設名                                             |                                                                      |                                 |
|                  | 所在地                                             | 電話番号                                                                 |                                 |
|                  | 主治医氏名                                           |                                                                      |                                 |
|                  | 医療機関名                                           |                                                                      |                                 |
|                  | 所在地                                             | 電話番号                                                                 |                                 |

必ずどちらかに○をつける

医療保険給付となる入院・ケアハウス等の入所の場合にチェック

日中連絡のつく番号を記入

更新・変更申請の場合のみ記入

介護保険サービスの有無について該当に○をつける

家族が申請する場合に記入してください

申請代行の場合は代行者の所在地を記入

※ 申請者が被保険者本人以外の場合に記入（成年後見制度利用の場合は登記事項証明書及び別紙目録の提示が必要）

|       |         |                                                                   |
|-------|---------|-------------------------------------------------------------------|
| 提出代行者 | 申請者氏名   | 本人との関係                                                            |
|       | 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） |
|       | 申請者住所   | 電話番号                                                              |

※ 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

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

本人が意思表示できず、代理人が本人に代わって同意する場合は、本人氏名も含めて全て記入

|             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |
|-------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 同<br>意<br>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、主治医意見書、小松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、小松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、介護予防支援事業者、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を行う者、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で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。<br>(更新申請の場合のみ)<br>申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。 |  |
|             | 本人氏名（必須）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|             | ※代理人の場合は、自署または記名押印                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |
|             | 代理人氏名<br>(本人との関係: )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |

被保険者本人が署名

代理人がいない場合は、事業所の代表者名（施設長や管理者の方）を記入

| 市記入欄  | 調査担当 | 送付先変更  | 被保険証回収 | 資格者証発行 | 受付 | 入力 | 収納状況  |
|-------|------|--------|--------|--------|----|----|-------|
| Ver.6 |      | 要・不要・済 | /      | /      |    |    | 完納・未納 |