

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
要介護認定・要支援認定区分変更

新規 更新 変更 転入

申請書

又介介
支介支(あて先)仙台区長
次のとおり申請します。

申請年月日 令和6年4月1日

申請者氏名
窓口に來られた方

青葉 花子

被保険者
本人との関係

妻

申請者住所

〒980-8671 (申請者が被保険者本人の場合は、この欄の記載は不要です。)
仙台市青葉区国分町3丁目7-1 TEL 022-214-5255

提出代行者名

1. 指定居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 地域包括支援センター

代行者又は親族以外の場合は委任状が必要です。また、代行者や親族でも個人番号が記載された申請の際は、本人の被保険者証又は委任状等が必要です。

被保険者番号	000099999	個人番号	123456789123
フリガナ	アオバ タロウ		
氏名	青葉 太郎		
生年月日	昭和25年1月1日 (74歳)		性別 女
住所	〒980-8671 仙台市青葉区国分町3丁目7-1 TEL 022-214-5255		
調査員訪問先	〒 (住所又は下記の介護保険施設と同じ場合には、この欄の記載は不要です) TEL ()		
調査同席者	有 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄: 妻) ケアマネ 施設職員 その他() 無		
前回の要介護認定の区分等	非該当 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		
変更の理由	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 悪化・改善		
介護保険施設	有・無 <input checked="" type="radio"/>	施設名	
入所の有無	有の場合記入してください。	所在地	〒 TEL ()
医療保険者名	〇〇健康保険 (012348678)	医療保険被保険者証 記号・番号・枝番	12345678・〇〇・〇〇

負担割合証交付希望
(新規申請・受給転入の場合のみ)申請時 認定結果通知に同封

訪問調査日程調整連絡先

フリガナ アオバ ハナコ
氏名 青葉 花子

(本人との関係 妻)

TEL 022 (214) 5225

医療機関名	〇〇病院	フリガナ	ミヤギ タロウ
所在地	〒981-●●●●	医師氏名	宮城 太郎
	仙台市青葉区〇〇-●●●●		TEL 022-△△△-□□□□

この申請を行うにあたっては、裏面記載の「同意する事項」に同意します。
(ご本人による記入が困難な場合、ご本人またはご家族の依頼により代筆可。)

被保険者氏名 青葉 太郎

下記の欄は、第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、健康保険証を提示または写しを添付してください。

特定疾病名 (介護が必要になった原因の病名)	
番号確認(個人番号カード・通知カード・住民票) 身元確認(運転免許証・健康保険証・その他)	
介護を要する原因が交通事故等の第三者行為である	
介護サービス等の利用の有無 あり() <input checked="" type="checkbox"/> なし	
訪問調査先の駐車場の有無(複数回答可) <input checked="" type="checkbox"/> あり なし 近所に有料駐車場あり	
意見書 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 窓口 その他()	在 新 在 継 施 新 施 継
資格者証 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 施設 窓口 その他()	滞納 なし あり(1年未・1.5年未・2年未・欠損)
認定結果 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 施設 窓口 その他()	負担割合証 自宅 窓口 その他() <input checked="" type="checkbox"/> 結果通知時

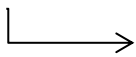
収受

申請書には、介護保険被保険者証を添えて提出してください。
申請書の写しを調査事業者に送付しますので、あらかじめご了承ください。
本人の住所以外に認定結果を送付する場合には委任状もしくは送付先の設定が必要になります。

同意する事項

1. 介護保険サービス計画，介護予防サービス計画，総合事業における介護予防ケアマネジメントのケアプラン作成，または地域ケア会議における個別事例の検討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認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）及び主治医意見書に記載された情報を地域包括支援センター，指定居宅介護支援事業者，介護保険施設等の職員に対し提供すること
2. 主治医意見書に記載した医師から要望があるときは，要介護・要支援認定の認定結果及び認定有効期間にかかる情報を同医師に提供すること
3. 施設や病院等内で訪問調査を実施するときは，施設や病院等内の職員から，被保険者（認定を受けようとする方）の心身の状況等について聴取すること
4. 更新申請の場合，現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間内に認定を行うことができるときは，延期通知を省略すること

※ 転入による新規申請の場合に記入してください。

前回の 要介護 認定の 結果等 ※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。 （既に認定結果通知書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」の場合は記入してください。 申請日 <div style="text-align: right; margin-right: 50px;"> 年 月 日 </div>

処理欄 (認定要件確認)	情報連携利用可否 <input type="checkbox"/> 可…認定要件確認 <input type="checkbox"/> 不可…転出元自治体に受給資格証明書の交付を依頼		
	<input type="checkbox"/> 申請中 …処理① <input type="checkbox"/> 更新申請期間外の転入 または 更新済の認定なし …処理②		
	<input type="checkbox"/> 更新済認定ありもしくは即日交付希望 …処理③	要介護状態区分	認定年月日 年 月 日
		認定の有効期限	年 月 日 ～ 年 月 日
		負担割合	割 ()
認定審査会の意見等			
備考			