

介護保険 要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕申請書

四日市市長

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日	申請に至った原因は、第三者が 起こした事故や労働災害ですか？	1. はい 2. いいえ
-------	-------	-----------------------------------	--------------

フリガナ		性別	被保険者番号										
被保険者氏名 (介護が必要な人)		男・女	個人番号										
			生年月日	明・大・昭	年	月	日						

住所	〒	電話	()
----	---	----	-----

前回の要介護認定の結果及び有効期間 (更新・変更時のみ記入)	要介護 [1 2 3 4 5] ・ 要支援 [1 2]
	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日

変更申請理由 (認定変更の場合のみ記入)	
----------------------	--

現在の入院、入所施設 (短期入所を含む)	入院・入所施設名	電話	()
	所在地		

提出代行者	名称 (氏名)	※「介護保険 被保険者証」原本の添付がない場合、押印をお願いします。 該当に○ 1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他/本人との関係 ()		
	住所	〒	電話	()

主治医	医療機関名	診療科(総合病院の場合のみ記入)	
	所在地	〒	電話 ()

調査希望日	第1希望 月 日 午前・午後	第2希望 月 日 午前・午後	第3希望 月 日 午前・午後
	※土・日・祝日はご遠慮下さい。また、ご希望に添えない場合はあらためてお尋ねします。入院中の場合は、空欄のままご提出ください。なお、訪問予定日は、あらかじめ文書でお知らせします。		

調査場所	該当に○ 1. 自宅 2. 入院・入所施設 3. その他(氏名・住所及び電話番号を下記へ記入して下さい。)		
	氏名	本人との関係	
	住所	電話	()

第二号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)のみ 医療被保険者証(写し可)を、申請書に添付してください。		被保険者氏名
医療保険者名		被保険者証 記号番号

※特定疾病名を下記から選んで、番号に○をしてください。

1. がん(医師が回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)	2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症	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. 脊柱管狭窄症	8. 早老症
9. 多系統萎縮症	10. 脳血管疾患
11. 脊髄小脳変性症	12. 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
13. 閉塞性動脈硬化症	14. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
15. 慢性閉塞性肺疾患	16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

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時は、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、又は介護保険施設へ要介護認定・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提示することに同意します。併せて、提示申請のあった主治医意見書を記載した医師にも、介護認定審査会による判定結果・意見を提示することを同意します。

本人氏名

印

※本人自署の場合は、押印不要です。

受付印	
-----	--

交付基準に該当する場合は障害者控除対象者認定書の交付を 希望する 希望しない

介護認定申請確認票

1 チェックしてください。

65歳以上の人（1号被保険者）⇒①介護保険証 添付

40歳から64歳までの人（2号被保険者）⇒①介護保険証と②医療保険証コピー添付（新規の方は②のみ）

2 申請理由を教えてください。

3 主治医への通院頻度を教えてください。（介護認定申請には受診が必要です）

入院中 月1回以上 月1回未満



病院名（ _____ ）

入院（ _____ 月 _____ 日頃 ）

転院の場合は転院先

退院または転院予定（ _____ 月 _____ 日頃 ） ⇒ （ _____ ）

4 調査に立ち会う方はいますか。

いる（立会い予定者： _____ ） いない

5 調査場所の近くに駐車場はありますか。

ある → 自宅車庫 家の前 その他（ _____ ） ない

6 平日に連絡可能な方を教えてください。（申請に関して調整事項がある場合ご連絡します）

被保険者 代行申請者 その他 氏名（本人との関係）（ _____ ）
連絡先（携帯等）

※連絡可能な時間帯（ _____ : _____ ~ _____ : _____ ）

代理人がこの「介護保険 要介護・要支援認定申請」に伴う個人番号を提供する場合で、本人（被保険者）の介護保険証等をお持ちでない時は、下記の委任状が必要です。

※必ず委任者（被保険者）本人がすべての項目を自筆で記入してください。同意のうえで代筆の場合、押印してください。

委 任 状

四日市市長あて

【代理人】（窓口に来られる人）

住所 _____

生年月日

氏名 _____

明・大・昭・平 _____ 年 _____ 月 _____ 日

私は、上記の者を代理人として選任し、「介護保険 要介護・要支援認定申請」に伴う個人番号提供に関することについて権限を委任します。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

【委任者】（被保険者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※本人自署の場合は、押印不要です。