

新規・更新・転入継続申請用

申請には、記入した申請書と、介護保険被保険者証が必要です。
介護保険被保険者証を紛失された場合は、再交付申請書が必要になります。

第27条・第28条・第32条・第33条・第36条関係																																																																																																																																																													
介護保険 要介護・要支援 （更新）認定申請書																																																																																																																																																													
(あて先) 津市長 次のとおり申請します																																																																																																																																																													
<table><tr><td colspan="2"></td><td colspan="10">フリガナ ツ シ ハ ナ コ</td><td colspan="2">申請年月日</td><td colspan="3">令和 年 月 日</td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="2">①申請書提出者</td><td colspan="2">氏名</td><td colspan="10">津市 花子</td><td colspan="2">本人との関係</td><td colspan="3">長女</td></tr><tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="10">(〒○○○-○○○○) 津市○○町○○番地○○</td><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="3">○○○-○○○○</td></tr></table>																			フリガナ ツ シ ハ ナ コ										申請年月日		令和 年 月 日			①申請書提出者		氏名		津市 花子										本人との関係		長女			住所		(〒○○○-○○○○) 津市○○町○○番地○○										電話番号		○○○-○○○○																																																																																										
		フリガナ ツ シ ハ ナ コ										申請年月日		令和 年 月 日																																																																																																																																															
①申請書提出者		氏名		津市 花子										本人との関係		長女																																																																																																																																													
		住所		(〒○○○-○○○○) 津市○○町○○番地○○										電話番号		○○○-○○○○																																																																																																																																													
<table><tr><td colspan="2">申請書提出者該当に○</td><td colspan="10">地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・その他</td></tr><tr><td colspan="2">担当者氏名</td><td colspan="10"></td><td colspan="2">事業所番号</td><td colspan="3"></td></tr></table>																	申請書提出者該当に○		地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・その他										担当者氏名												事業所番号																																																																																																																				
申請書提出者該当に○		地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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・その他																																																																																																																																																											
担当者氏名												事業所番号																																																																																																																																																	
<table><tr><td colspan="2">被保険者番号</td><td colspan="10">△△△△△△△△△△△△</td><td colspan="2">個人番号</td><td colspan="3">←</td></tr><tr><td colspan="2">フリガナ</td><td colspan="10">ツ シ タ ロ ウ</td><td colspan="2">性別</td><td colspan="3">(男) ・ 女</td></tr><tr><td colspan="2">氏名</td><td colspan="10">津市 太郎</td><td colspan="2">生年月日</td><td colspan="3">明・大(昭) △年△月△日</td></tr><tr><td colspan="2">住所</td><td colspan="10">(〒△△△-△△△△) ※申請書提出者が被保険者本人の場合は、この欄は記入不要</td></tr><tr><td colspan="2">住 所</td><td colspan="10">津市△△町△番△号</td><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="3">△△△-△△△△</td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="2">前回の認定</td><td colspan="2">※更新認定の場合のみ記入</td><td colspan="2">状態区分有効期間</td><td colspan="2">要支援 1 2</td><td colspan="2">要介護 1 2 3 4 5</td><td colspan="6"></td></tr><tr><td colspan="2">※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入</td><td colspan="10">転出元自治体(市町村)名[] 現在、転出元自治体に要介護認定を申請中ですか。[はい(申請日： 年 月 日)・いいえ]</td></tr><tr><td colspan="2">医療保険</td><td colspan="2">医療保険者名</td><td colspan="2">被保険者証記号番号</td><td colspan="2">記号</td><td colspan="2">保険者番号</td><td colspan="6">番号</td></tr><tr><td colspan="2">特定疾病名</td><td colspan="15">※第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）はここを記入し、医療保険証の写しを添付してください</td></tr></table>																	被保険者番号		△△△△△△△△△△△△										個人番号		←			フリガナ		ツ シ タ ロ ウ										性別		(男) ・ 女			氏名		津市 太郎										生年月日		明・大(昭) △年△月△日			住所		(〒△△△-△△△△) ※申請書提出者が被保険者本人の場合は、この欄は記入不要										住 所		津市△△町△番△号										電話番号		△△△-△△△△			前回の認定		※更新認定の場合のみ記入		状態区分有効期間		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5								※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認定を申請中ですか。[はい(申請日： 年 月 日)・いいえ]										医療保険		医療保険者名		被保険者証記号番号		記号		保険者番号		番号						特定疾病名		※第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）はここを記入し、医療保険証の写しを添付してください														
被保険者番号		△△△△△△△△△△△△										個人番号		←																																																																																																																																															
フリガナ		ツ シ タ ロ ウ										性別		(男) ・ 女																																																																																																																																															
氏名		津市 太郎										生年月日		明・大(昭) △年△月△日																																																																																																																																															
住所		(〒△△△-△△△△) ※申請書提出者が被保険者本人の場合は、この欄は記入不要																																																																																																																																																											
住 所		津市△△町△番△号										電話番号		△△△-△△△△																																																																																																																																															
前回の認定		※更新認定の場合のみ記入		状態区分有効期間		要支援 1 2		要介護 1 2 3 4 5																																																																																																																																																					
		※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認定を申請中ですか。[はい(申請日： 年 月 日)・いいえ]																																																																																																																																																									
医療保険		医療保険者名		被保険者証記号番号		記号		保険者番号		番号																																																																																																																																																			
特定疾病名		※第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）はここを記入し、医療保険証の写しを添付してください																																																																																																																																																											
<table><tr><td colspan="2">調査場所 自宅外の時のみ記入</td><td colspan="10">名称</td><td colspan="2">所在地 (〒 -)</td><td colspan="3">電話番号</td></tr><tr><td colspan="2">調査連絡先 被保険者本人以外 のときのみ記入</td><td colspan="10">フリガナ氏名 津市 花子</td><td colspan="2">本人との関係 長女</td><td colspan="2">電話番号(携帯電話可)</td><td colspan="3">○○○-○○○○</td></tr><tr><td colspan="2">連絡希望時間</td><td colspan="10">平日の午前中</td><td colspan="6">(平日午前8時30分から午後5時15分までになります)</td></tr><tr><td colspan="2">備考欄</td><td colspan="15">(毎週〇曜日不可、家族が立ち会いたい等の希望があれば)</td></tr></table>																	調査場所 自宅外の時のみ記入		名称										所在地 (〒 -)		電話番号			調査連絡先 被保険者本人以外 のときのみ記入		フリガナ氏名 津市 花子										本人との関係 長女		電話番号(携帯電話可)		○○○-○○○○			連絡希望時間		平日の午前中										(平日午前8時30分から午後5時15分までになります)						備考欄		(毎週〇曜日不可、家族が立ち会いたい等の希望があれば)																																																																																				
調査場所 自宅外の時のみ記入		名称										所在地 (〒 -)		電話番号																																																																																																																																															
調査連絡先 被保険者本人以外 のときのみ記入		フリガナ氏名 津市 花子										本人との関係 長女		電話番号(携帯電話可)		○○○-○○○○																																																																																																																																													
連絡希望時間		平日の午前中										(平日午前8時30分から午後5時15分までになります)																																																																																																																																																	
備考欄		(毎週〇曜日不可、家族が立ち会いたい等の希望があれば)																																																																																																																																																											
<table><tr><td colspan="2">医療機関名 (1ヶ所)</td><td colspan="10">○○病院</td><td colspan="2">所在地(津市外の際のみ記入)</td><td colspan="3">(〒 -)</td></tr><tr><td colspan="2">主治医氏名 (1名)</td><td colspan="10">△△ △△</td><td colspan="2">電話番号</td><td colspan="3"></td></tr><tr><td colspan="2">主治医</td><td colspan="15">※ 主治医に認定申請をすることを相談されてから、申請していただきますようお願いいたします。 なお、病院によっては記入医が変更になる場合があります。</td></tr><tr><td colspan="2">備考欄</td><td colspan="15">最終診察日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (現在入院中、○月○日退院予定等あれば)</td></tr></table>																	医療機関名 (1ヶ所)		○○病院										所在地(津市外の際のみ記入)		(〒 -)			主治医氏名 (1名)		△△ △△										電話番号					主治医		※ 主治医に認定申請をすることを相談されてから、申請していただきますようお願いいたします。 なお、病院によっては記入医が変更になる場合があります。															備考欄		最終診察日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (現在入院中、○月○日退院予定等あれば)																																																																																							
医療機関名 (1ヶ所)		○○病院										所在地(津市外の際のみ記入)		(〒 -)																																																																																																																																															
主治医氏名 (1名)		△△ △△										電話番号																																																																																																																																																	
主治医		※ 主治医に認定申請をすることを相談されてから、申請していただきますようお願いいたします。 なお、病院によっては記入医が変更になる場合があります。																																																																																																																																																											
備考欄		最終診察日： 令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日 (現在入院中、○月○日退院予定等あれば)																																																																																																																																																											
<table><tr><td colspan="2">申請 本・代／郵</td><td colspan="15">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・要支援認定に係る調査内容、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、津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。 介護保険法上、結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し、延期通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期限内であれば、通知を省略することに同意します。</td></tr><tr><td colspan="2" rowspan="2">確認物</td><td colspan="2">1点</td><td colspan="13">運・障・個・居・他()</td></tr><tr><td colspan="2">2点</td><td colspan="13">健保・介保・年手・年証・他() 社員証・他()</td></tr><tr><td colspan="2">民間のみは不可</td><td colspan="2"></td><td colspan="13">被保険者本人氏名(必ず記入) 津市 太郎 ← 代筆者氏名(代筆の場合のみ記入) 津市 花子 ←</td></tr></table>																	申請 本・代／郵		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・要支援認定に係る調査内容、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、津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。 介護保険法上、結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し、延期通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期限内であれば、通知を省略することに同意します。															確認物		1点		運・障・個・居・他()													2点		健保・介保・年手・年証・他() 社員証・他()													民間のみは不可				被保険者本人氏名(必ず記入) 津市 太郎 ← 代筆者氏名(代筆の場合のみ記入) 津市 花子 ←																																																																																							
申請 本・代／郵		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・要支援認定に係る調査内容、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、津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。 介護保険法上、結果通知が申請から30日を超える場合は遅れる理由を記載し、延期通知をする必要がありますが、更新申請に限り、有効期限内であれば、通知を省略することに同意します。																																																																																																																																																											
確認物		1点		運・障・個・居・他()																																																																																																																																																									
		2点		健保・介保・年手・年証・他() 社員証・他()																																																																																																																																																									
民間のみは不可				被保険者本人氏名(必ず記入) 津市 太郎 ← 代筆者氏名(代筆の場合のみ記入) 津市 花子 ←																																																																																																																																																									
※介護保険被保険者証（ピンク色）を添えて提出してください。																																																																																																																																																													

申請日は原則、受付日となります。
ただし、新規・変更申請の申請日は希望により
1営業日まで遡及可能。この場合は、「申請年
月日」の欄に希望する申請日を必ず記入してく
ださい。
(空欄の場合は受付日を申請日として取り扱
います。)

今回の認定申請書を提出される方を記入してください。

事業者が提出代行する場合は、事業者名等を記入してください。
(担当者氏名・事業所番号も記入必要)

※下記注意事項をご確認ください

個人番号欄は空欄でも受付できます。
記入される場合は、身元確認が必要になります。

対象となる被保険者の方を記入してください。

転入継続の申請をされる方は転出元自治体等を記入してください。

被保険者の方が65歳未満の場合は、介護保険の対象となる特定疾病名をご記入ください。
医療保険証のコピーの添付も必要です。

※65歳以上の方は医療保険情報を記載して下さい

調査場所や調査連絡先等を、必要に応じて記入してください。

主治医の医療機関名・氏名等を記入してください。
また、入院中や最終診察日を記載してください。

一つの病院に同じ姓の医師が複数おられる場合があります。主治医氏名は、できるだけフルネームをお願いします。

対象となる被保険者氏名を
記入してください

代筆の場合は、代筆者氏名も記入してください。

個人番号(マイナンバー)の記入について

平成28年1月より、申請書に、原則として個人番号（マイナンバー）の記入が必要になりました。それに伴い、申請書に個人番号を記載された場合、下記のとおり本人や申請者の身元確認が必要になりますので、ご注意ください。なお、個人番号が分からなかったり、被保険者本人の心身の機能や判断力の著しい低下等があり意思確認が困難なことなどにより個人番号の提供が難しい場合は、**個人番号は記入せずにご提出ください。**申請書に個人番号が書かれていなくても申請は受け付けできます。（その場合は個人番号記載による身元確認はありません。）

- ◆本人申請の場合（①申請者欄も提出者も本人）
本人の身元確認が必要になるため、下記のいずれかにより確認します。
- ◆家族・事業所等、代理人申請の場合（①申請者欄も提出者も代理人 ※申請者と提出者が同一の場合）
代理人の身元確認が必要になるため、下記のいずれかにより確認します。

身元確認のための証明書

右のいずれかの提示により確認します。
(郵送の場合は写しを添付してください。)

- 官公署発行の写真付き証明書・・・１点
例：個人番号カード、運転免許証、パスポート、障害者手帳、介護支援専門員証等
- 官公署発行の写真のない証明書・・・２点
例：介護保険被保険者証・負担割合証、健康保険証等
- 官公署発行の写真のない証明書のいずれか１点と、民間発行の身元が確認できるもの（社員証等）