

記入例（表）

※申請書は両面印刷でご用意ください。

様式第5号

高年介護課・支所

介護保険		〔要介護認定・要支援認定〕		申請書	
(あて先) 高山市長		次のとおり申請します。		申請年月日	○年 ○月 ○日
申請代理人氏名 <small>(被保険者本人の場合記載不要)</small>	高山 花子		本人との関係	妻	
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 事業者が代行申請する場合は、事業所名称を記入				
申請代理人住所 <small>(被保険者本人の場合記載不要)</small>	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 高山市花岡町〇丁目〇〇番地				
介護保険被保険者番号	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0		個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	
医療保険被保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 岐阜県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> その他 ()		被保険者番号	39212030	
被保険者証記号	記号		番号	〇〇〇〇〇〇〇 枝番	
フリガナ	タカヤマ タロウ		生年月日	明・大 昭 ○年 ○月 ○日	
本人氏名	高山 太郎		性別	男 ・ 女	
住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 高山市花岡町〇丁目〇〇番地				
前回の認定結果	有効期間 年 月 日から 年 月 日まで 要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2				
※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。 はい(申請日 年 月 日)・いいえ				
申請時の介護保険施設医療機関等入院・入所	所在地 名称 〇〇〇〇病院	入院・入所期間 ○年○月○日～ 年 月 日			
主治医	医療機関名 〇〇〇〇病院	主治医の氏名 〇〇 〇〇		所在地 〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇 高山市〇〇町〇丁目〇〇番地	
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					
特定疾病名 ※疾病名は裏面参照 パーキンソン病					
同意欄	居宅サービス計画、施設サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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高山市からその計画を作成する事業者の関係人、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。			被保険者氏名 高山 太郎	
				代筆者氏名(被保険者本人が記入できない場合のみ記入下さい) 高山 花子	
認定結果送付先 <small>(被保険者住所と異なる場合のみご記入下さい)</small>		〒 - 電話番号 - - (住所) (氏名)			
備考	認定調査立会希望 立会者氏名 高山 花子 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 日中の連絡先 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 【被保険者証提出 <input type="checkbox"/> 】				

市役所・支所へ提出する日をご記入ください。

代理の方が申請される場合は、代理の方のお名前・続柄・住所・電話番号をご記入ください。押印は不要です。
(本人が申請する場合は、空欄可)

介護認定を受けられる方について、介護保険被保険者証等を確認のうえご記入ください。

前回の認定がある方はご記入ください。

現在入院中・入所中の場合は、施設名及び期間をご記入ください。

かかりつけの医療機関を必ずご記入ください。

40～64歳の方はご記入ください。

左記同意事項をお読みいただき、ご署名ください。
代理の方が署名した場合は、下段に代理の方もご署名ください。

認定結果を本人の住所以外に送付を希望する場合は、送付先をご記入ください。

調査時の「立会の有無」について、どちらかに○をご記入ください。
有の場合は「立会者氏名」「日中の連絡先電話番号」をご記入ください。

【申請の際の注意事項】

- ※申請の際は、申請書に介護保険被保険者証を添付して提出してください。
- ※代理の方が申請される場合は、代理人の本人確認書類も併せて確認させていただきます。

記入例(裏)

【記録】

サービス利用状況				
デイ	週	回	曜日	
ショート	月	回	月 日～	月 日・月 日～月 日
その他				

} 現在利用しているサービスをご記入ください。

申請理由（新規、変更の場合）、被保険者の状態を確認する。

歩行：	<p>★新規申請（要支援からの変更申請も含む）、変更申請の場合は、必ず記入してください。</p> <p>＜以下、具体例＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ●歩行…自立、押し車、杖を使用、車いす、寝たきり ●排泄…自立、ポータブル使用、オムツ使用 ●食事…自立、介助有、とろみ食、きざみ食 ●認知…無、有（昼夜逆転、徘徊、もの忘れ・・・）
排泄：	
食事：	
認知：	

その他日頃の状況を記入

★上記以外の、日頃の状況を記入してください。

★新規申請の場合…希望するサービス内容を記入してください。
(例: デイサービスに行きたい、ベッドを借りたい など)

★入院中の場合…入院理由や経緯などをできるだけ詳しく記入してください。
退院日や退所日(決まっていれば)や病院からの紹介で申請した場合はその旨も記入してください。

【特定疾病】第 2 号 被 保 険 者 の 方 が 申 請 で き る

① がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき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）	⑧ 脊髄小脳変性症
② 関節リウマチ	⑨ 脊柱管狭窄症
③ 筋萎縮性側索硬化症	⑩ 早老症
④ 後縦靭帯骨化症	⑪ 多系統萎縮症
⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症	⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
⑥ 初老期における認知症	⑬ 脳血管疾患
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	⑭ 閉塞性動脈硬化症
	⑮ 慢性閉塞性肺疾患
	⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症