

< 認定申請書の書き方について >

【被保険者番号】	10桁の介護保険被保険者番号を記入してください。 (被保険者番号は、介護保険被保険者証等に記載してあります。)
【被保険者氏名】 【生年月日】 【性別】 【住所】	被保険者本人の氏名、生年月日、性別、住所(電話番号)を記入してください。
【緊急連絡先(携帯電話等)】	緊急時の連絡先を記入してください。
【現在の認定区分等】	現在、有効な要介護(要支援)認定をお持ちの方は、介護度及び有効期間を記入してください。 14日以内に他自治体から転入した方は、転出元市町村名を記入ください。
【現在の状況】	被保険者本人が現在おられる場所について、該当するものにレ点をつけてください。 介護保険施設、医療機関、その他の施設に該当する場合は、続けて右の欄に「施設・病院(病棟)名」「所在地」「電話番号」「期間」を記入してください。※未定の場合は空欄のままで結構です。
【その他、過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無】	上段の【現在の状況】に記入した、現在おられる場所以外で、過去6月間に入院、入所歴がある場合、その施設等の「名称」「所在地」「期間」について記入してください。
【変更申請の理由】	変更申請を行う理由について記入してください。 ※変更申請以外は空欄のままで結構です。 (記入例)認知機能の低下及び歩行機能の悪化により、サービスの見直しが必要であるため。
【主治医について】	介護度の審査判定の際の資料となる「主治医意見書」の作成を依頼する際に使用します。 かかりつけの医療機関名、所在地及び医師氏名等について記入してください。
【訪問調査について】	介護度の審査判定の資料となる「認定調査票」作成のため、被保険者本人のもとを認定調査員が訪問します。 この訪問の日時調整等のため、連絡先氏名、電話番号等を記入してください。
【認定結果通知書の送付先】	審査判定結果は、原則被保険者本人の住民票所在地にお送りしますが、特に別の送付先を指定する場合は、ここに住所等を記入してください。 ※記入していただいた送付先は、認定結果通知の送付先のみ適用されるものであり、その他の通知書(介護保険料の通知等)の送付先には適用されません。
【情報提供・延期通知省略の同意署名】	原則、被保険者本人の自署にて記入してください。 被保険者本人による自署が困難な場合は代理署名を行い、右に代筆者の氏名及び続柄を記入してください。

(見 本)

介護保険 要介護・要支援(新規・更新・変更・転入)認定申請書

福岡県介護保険広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請年月日: 年 月 日

申請者

1 該当する番号に○をつけてください。

委任状

申請者氏名

2 本人、親族、成年後見人、民生委員等

不要

被保険者本人との関係

3 指定(地域密着型)介護老人福祉施設

不要

提出代行事業者名称

4 介護老人保健施設

不要

住所及び連絡先

5 介護医療院

不要

(電話番号)

6 指定居宅介護支援事業者

更新・転入
新規・変更

要

7 その他の施設()

要

8 その他、隣人・知人・社会福祉士等

要

被保険者(認定を受ける方)

被保険者番号

医療保険者名

保険被保険者

記号

番号

枝番

(フリガナ)

被保険者氏名

生年月日

年

月

日

性 別

男

女

住 所

〒

電話番号

緊急連絡先(携帯電話等)

(要介護状態区分) 1・2・3・4・5

(要支援状態区分) 1・2

現在の認定区分等

認定有効期間

年

月

日

～

年

月

日

※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、申請日 年 月 日

現在の状況
(該当するものに
レ点をつけて
ください。)

☐ 在宅

施設・病院(病棟)名:

☐ 介護保険施設

所在地 〒

☐ 医療機関

(電話番号)

☐ その他の施設

期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

その他、過去6月
間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無

介護保険施設・医療機関の名称及び所在地

期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

介護保険施設・医療機関の名称及び所在地

期間: 年 月 日 ~ 年 月 日

変更申請の理由

主治医について

医療機関名

診療科

所在地

〒

(電話番号)

(フリガナ)

最終受診
年月日

年

月

日

次回受診
予定日

年

月

日

医師氏名

(フリガナ)

日時調整の
連絡先氏名

本人との関係

電話番号

自宅:
携帯:

調査
できない日

連絡可能な
時間帯

立会人
氏名

本人との
関係

認定結果通知書の送付先

(フリガナ)

氏名
(宛名)

住所

〒

※送付先が本人以外の場合のみ記入
※記載内容は今回の認定結果通知書の送付先に関し適用されます。

第2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

(1) 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、福岡県介護保険広域連合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、福岡県介護保険広域連合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。
(2) 更新申請の場合、現在の認定の有効期間内に結果通知がでるときは、延期通知の省略に同意します。

被保険者氏名(署名)

(代筆者氏名)

(続柄)

【申請種別】	今回の申請種別に該当するものに○をつけてください。 なお、「要支援者の要介護新規申請」の場合は 変更 に○をつけてください。
【申請年月日】	窓口申請書を提出する日付を記入してください。 郵送による申請の場合は、郵送手続き行う日付を記入してください。(ただし、郵送による申請の場合は、窓口到達した日付が正式な申請日となります。)
【申請者】	申請者の種別について、1～8のうち該当する番号に○をつけてください。 ※委任状の要否についてもご確認ください。
【申請者氏名】	申請者のお名前を記入してください。 施設等による代行申請の場合で被保険者本人の担当者が決まっている場合は担当者名を記入してください。
【被保険者本人との関係】	申請者と被保険者本人との関係について記入してください。(例)妻、息子、ケアマネ、施設職員、等
【提出代行事業者名称】	事業者による代行申請の場合、事業者名称を記入してください。 ※事業者以外の方による代行申請の場合は、空欄のままで結構です。
【住所及び連絡先等】	申請者の住所及び電話番号を記入してください。
【住所地特例】	現在住所地特例施設に入所されている場合、有に○をつけて、保険者である市町村名を記入してください。 (保険者である市町村は概ね、施設入所前の住所地が該当します。)
【個人番号】 【医療保険】	個人番号及び医療保険の保険者名、番号、記号等を記入してください。
【特定疾病名】	2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の認定申請の場合のみ、特定疾病名を記入してください。

《特定疾病について》
介護保険制度において、40歳から64歳の2号被保険者が認定を受けるためには、要介護状態等の原因である身体上及び精神上的の障害が、下記の16の疾病(特定疾病)によるものであることが要件とされています。
2号被保険者の認定申請の際には、特定疾病名の欄に、該当する疾病名を必ず記入してください。
なお、医師を含む有識者で構成される介護認定審査会において、特定疾病に該当しないと判断された場合には、認定結果は「非該当」となります。
また、特定疾病名に該当する場合であっても、その疾病が外傷性の疾病であれば「非該当」となります。

- [特定疾病一覧]
1. がん

2. 関節リウマチ

3. 筋萎縮性側索硬化症

4. 後縦靱帯骨化症

5. 骨折を伴う骨粗鬆症

6. 初老期における認知症

7. 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【パーキンソン病関連疾患】

8. 脊髄小脳変性症

9. 脊柱管狭窄症

10. 早老症

11. 多系統萎縮症

12. 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

13. 脳血管疾患

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