



介護保険 要介護・要支援 (新規認定・更新認定・区分変更) 申請書

半田市長様

次のとおり申請します。

被保険証 回・未 資格者証 済・未

(新規認定申請または区分変更申請をする場合は「介護保険申請理由書」もあわせて提出してください。)

提出者(申請代行は除く): 本人 / 氏名 [] [続柄:] [TEL:]

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0	申請年月日	令和 年 月 日
	個人番号			
	医療保険	保険者名 半田市・愛知県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	
		被保険者証 記号	番号	枝番
	ふりがな			生年月日 大・昭・平 年 月 日
	氏名			年齢区分 64歳以下(特定疾病名等記載)・65歳以上 性別 男・女
	住所 ※被保険者証の記載住所			電話番号 () -
	調査時連絡先	氏名	続柄・関係	電話番号 () -
	連絡事項等	■ 認定結果通知の受取方法 (いずれかに☑) □ 郵送 □ 窓口(窓口受取者:)		
	前回の要介護認定等の結果	要介護状態区分	1 2 3 4 5 経過的要介護	要支援状態区分
※14日以内に転入した方のみ記入	認定有効期間	平成・令和 年 月 日から 平成・令和 年 月 日	転出元自治体(市町村)名 [] ※転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の場合 申請日 令和 年 月 日	
現在の状況等 ※該当する箇所にチェック	(上記の住所とは異なる場所にお住まいの場合、住所を記入してください)			
	<input type="checkbox"/> 在宅	名称	入所: 年 月 日	退所: 年 月 日
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等に <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> 短期入所中	名称	入院日: 年 月 日	病棟/病室:
	<input type="checkbox"/> 医療機関に入院中 ※退院予定 無・有 年 月 日頃	名称		
提出代行者 名称	該当に○ (地域包括支援センター・指定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)			
住所	〒 - 担当者		電話番号 () -	
申請代行の説明	説明日 月 日	説明をした人	説明を受けた人	

主治医	氏名 (フルネーム)	医療機関名	※市記入欄 在新 01 施新 02 在継 03 施継 04
	上記医療機関の次回予約(受診)日※必須		月 日 ()
所在地	※どちらかに○ 1. 市内(所在地の記入は省略可) 2. 市外(所在地を記入すること) 〒 - 電話番号 () -		

同意欄

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、半田市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所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、半田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、地域密着型サービス事業者、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. (更新申請のみ) 今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み等を通知する書面を省略することに同意します。

被保険者氏名 _____

★ 40歳から64歳までの方(2号被保険者)が申請をされる場合は、以下も記入してください。
またあわせて、現在加入している医療保険の被保険者証の写しを添付してください。

特定疾病名 ※該当するものに チェックしてください	<input type="checkbox"/> 筋萎縮性側索硬化症 <input type="checkbox"/> 後縦靭帯骨化症 <input type="checkbox"/> 骨折を伴う骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> 多系統萎縮症 <input type="checkbox"/> 初老期における認知症 <input type="checkbox"/> 脊髄小脳変性症 <input type="checkbox"/> 脊柱管狭窄症 <input type="checkbox"/> 早老症 <input type="checkbox"/> 糖尿病性神経障害 <input type="checkbox"/> 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 閉塞性動脈硬化症 <input type="checkbox"/> 関節リウマチ <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> がん		
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> オンライン <input type="checkbox"/> その他 ()		
身元確認 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人	1点確認 (写真付公的書類)	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	2点確認 (上記以外の書類)	<input type="checkbox"/> 介護被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他 ()	
代理権確認 (代理人の場合)	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 登記簿謄本等(法定代理人の場合) <input type="checkbox"/> その他 ()		確認者 _____