

※1

介護保険被保険者証に記載された被保険者番号をご記入ください。(介護保険被保険者証をお持ちでない場合は記入不要)

認定調査の訪問先(生活している場所)が、上記の住民登録以外の家・施設の場合にご記入ください。病院入院中の場合は受付できないことがありますので、お問い合わせください。

直近2か月以内に受診または受診予定があり、被保険者の健康状態を把握している主治医をご記入ください。

40歳～64歳までの方は特定疾病をご記入ください。(裏面参照)

提出代行者で記入します。

指定居宅介護支援事業者、介護保険施設、地域密着型介護老人福祉施設または地域包括支援センター等とはご本人に代わり、申請書等を提出することができます。

※3

※2

※4

※5

申請年月日		令和		年		月		日	
被保険者番号		1000000000		個人番号		※2			
医療保険被保険者名	〇〇健康保険組合		保険者番号		01100				
被保険者等	記号	12345	番号	678			枝番		
フリガナ	ギフ ハナコ		生年月日	明治 34年 1月 1日					
被保険者氏名	岐阜 花子		性別	☐男 ☑女					
住所	〒500-8701		電話番号	058-265-4141					
(住民登録しているところ)	岐阜市司町40番地1								
訪問先名									
現在(前回)の要介護状態の区分(認定結果)等	要支援状態区分 ☐1 ☐2 要介護状態区分 ☐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・要支援認定を申請中ですか。		はい・いいえ				
過去6か月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	☐有 ☑無		※有の場合は別紙連絡票の「連絡事項」に詳細を記載してください。						
変更申請の理由	※変更の場合のみ記入		※4						
医療機関名	〇〇病院		主治医の氏名		岐阜 太郎				
所在地	〒500-0000		電話番号	058-999-9999		最終受診日		〇年〇月〇日	
特定疾病(40歳から64歳のみ)									
提出代行者	名称		住所		〒		電話番号		
該当する区分にチェックをつけてください	☐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 ☐介護医療院						

※指定居宅介護支援事業者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

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、及び主治医意見書を岐阜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。

〈記入の際の主な注意事項など〉

※1 申請書の申請日は、介護保険課・事務所での受理日となりますが、郵送の場合は介護保険課に到着した日付となります。

※2 個人番号欄は記入の有無にかかわらず、申請書は受理します。

ただし、個人番号(マイナンバー)を記入する場合は、別途確認書類の添付が必要です。

(個人番号(マイナンバー)の記入のない場合は添付不要)

〈個人番号を記入する場合の確認書類〉

- 被保険者本人が来庁する場合
 - 被保険者本人の個人番号(マイナンバー)が確認できる書類
 - マイナンバーカード裏、マイナンバーの記載がある住民票など
- 被保険者本人の身元確認書類
 - 顔写真付きは1点:マイナンバーカード表、顔写真なしは2点

○被保険本人以外が来庁する場合 ・代理権の確認書類

法定代理人の場合：戸籍謄本その他その資格を証明する書類

任意代理人の場合：委任状

これらが困難な場合は被保険者本人の介護保険被保険者証等

・代理人の身元確認書類

顔写真付きは1点：マイナンバーカード・運転免許証等

顔写真なしは2点：官公署から発行された年金手帳等

・被保険者本人の個人番号(マイナンバー)が確認できる書類

マイナンバーカード、マイナンバーの記載がある住民票等

※3 医療保険欄について

〈40歳～64歳までの方〉 医療保険加入確認のため次のいずれかが必要です。

○被保険者本人による申請の場合、①～③のいずれか

① マイナ保険証とマイナポータル「医療保険の資格情報画面」の提示

② 医療保険者の発行する「資格情報のお知らせ」の写し

③ 医療保険者の発行する「資格確認書」の写し

○代理(申請代行)による申請、郵送申請の場合、①②のいずれか

① 医療保険者の発行する「資格情報のお知らせ」の写し

② 医療保険者の発行する「資格確認書」の写し

・医療保険加入確認書類のご用意が難しい場合は、介護保険課にご相談ください。

〈65歳以上の方〉 医療保険者の発行する「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」を参照して医療保険欄をご記入ください。

ただし以下の場合、医療保険欄の記入は保険者名のみ次のとおりの記入でも可能です。

国民健康保険「保険者：岐阜市」の場合は、「岐阜市」

後期高齢者医療制度「保険者：岐阜県後期高齢者医療広域連合」の場合は、「後期高齢」

※4 変更申請の理由欄について

変更申請をする場合、必ず状況を具体的にご記入ください。(例：認知症の進行や下肢筋力の低下のため、介護の手間が増えた。)

※5 同意欄について

同意する場合は自署、自署できない場合には代筆にて被保険者名を記入し、自署欄の下に代筆者名と続柄をご記入ください。

＜特定疾病＞

① がん

(医師が一般に認められている医学的知見にもと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)

- | | | | |
|----------------------------|--------------------------------|------------|-------------|
| 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 | | |
| ⑧ 脊髄小脳変性症 | ⑨ 脊柱管狭窄症 | ⑩ 早老病 | 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 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | | |