

様式第5号(第6条、第7条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

釜石市長様
次のとおり申請します。

☒ 新規申請 ☐ 更新申請 ☐ 区分変更申請 ☐ 要支援者の新規申請 ☐ 転入申請										申請年月日		令和●年●月●日						
被 保 険 者	被保険者番号				9		9		9		9		個人番号					
	フリガナ		カマイシ ハナコ										生年月日		明治・大正・昭和 1 年 2 月 3 日			
	氏 名		釜石 花子										性 別		男 ・ 女			
	住 所		〒026-0025 釜石市大渡町3-15-26										電話番号 0193 (22) 0178					
	現在の 認定区分		☐ 要支援1 ☐ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで															
	申請の理由		・ 自宅内で歩行が困難になり、住宅改修と福祉用具レンタルを希望するため。 ・ 寝たきり状態で、施設入所を希望するため。 など															
	調査実施場所		☒ 上記住所 ☐ 入院中 ☐ 入所中 ☐ その他 () 施設等名称 (階) 所在地 〒 - 電話番号 () 調査連絡先 (フリガナ) カマイシ タロウ 被保険者の普段の 状態をご存じの方 に立会いをお願いします。 同席者氏名 釜石 太郎 本人との関係 長男 日中連絡可能な連絡先 自宅・携帯・その他 () Tel 090 (1234) 5678 調査に関する特記事項 ・ ○/○、○/○は通院で 本人不在 ・ 立会者の都合で、調査は 午前中に。															

主 治 医	医療機関名	●●●病院	主治医氏名	△△ □□先生	診療科	内科
	所 在 地	〒 - 電話番号 () 釜石市○○町1-1-1				

申 請 (代 行) 者	氏 名 (事業者名)	釜石 太郎	事業 者印	☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 担当者 (認定調査の受託 可・不可)
	本人との 関係	長男		
	住 所	〒026-0021 電話番号 090 (1234) 5678 釜石市只越町3-9-13		

* 第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険者証 記号・番号	
特定疾病			

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釜石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。あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略することに同意します。

被保険者氏名 釜石 花子 (代筆の場合、代筆者氏名) 釜石 太郎

認定結果通知の 送付先	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 - 電話番号 ()		
☒ 申請者 ☐ 右記				

市処理欄	入力	☐ ☐ ☐	アンケート	有・無	備 考
	調査	直営・委託			

申請区分に必ず✓
をしてください。
区分により認定の
有効期間が変わる
場合があります。

個人番号は記入し
ないでください。

介護が必要な状況や
希望するサービス等
をご記入ください。

日常生活の場が本人
住所地以外の場合に
は記入して下さい。
(入院中の時は、階
も記入ください。)

訪問調査の日程調整
をスムーズにするた
め、本人・立会者の
不在日や連絡の取り
やすい時間帯等をご
記入ください。

本人と代筆者の
署名を必ずお願
いします。

認定結果の郵送先を
本人住所以外の場所
にする場合はご記入
ください。

様式第5号(第6条、第7条関係)

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

釜石市長様
次のとおり申請します。

☐ 新規申請 ☐ 更新申請 ☒ 区分変更申請 ☐ 要支援者の新規申請 ☐ 転入申請					申請年月日		令和●年●月●日	
被 保 険 者	被保険者番号		99999		個人番号			
	フリガナ		カマイシ ハナコ		生年月日		明治・大正・昭和 1 年 2 月 3 日	
	氏 名		釜石 花子		性 別		男 ・ 女	
	住 所		〒026-0025 釜石市大渡町3-15-26		電話番号		0193(22)0178	
	現在の 認定区分		☐ 要支援1 ☒ 要支援2 ☐ 要介護1 ☐ 要介護2 ☐ 要介護3 ☐ 要介護4 ☐ 要介護5		有効期間		令和2年1月1日 から 令和2年12月31日 まで	
	申請の理由		・独居で、現在のサービスが引き続き必要なため。 ・〇〇でADL低下し、必要なサービス量の増加が見込まれるため。 など					
	調査実施場所		☐ 上記住所 ☒ 入院中 ☐ 入所中 ☐ その他 ()		調査に関する特記事項 ・(月・水) デイサービス ・家族の都合により調査は午前中に。 ・調査連絡はケアマネへ。 ・〇/〇に□□□で入院、来月上旬退院予定。			
			施設等名称		●●●病院 (3階)			
		所在地		〒 電話番号 () 釜石市〇〇町1-1-1				
調査連絡先 被保険者の普段の 状態をご存じの方 に立会いをお願い します。		(フリガナ) 同席者氏名		カマイシ タロウ 釜石 太郎		日中連絡可能な連絡先 自宅・携帯・その他 () Tel 090(1234)5678		
		本人との関係		長男				
主 治 医	医療機関名		●●●病院		主治医氏名		△△ □□先生	
	所 在 地		〒026-0000 釜石市〇〇町1-1-1		診療科		内科	
申 請 (代 行) 者	氏 名 (事業者名)		居宅介護支援事業所〇〇		事業 者印		☐ 地域包括支援センター ☒ 居宅介護支援事業所 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院	
	本人との 関係		介護支援専門員				担当者 ●●●● (認定調査の受託 (可)・不可)	
	住 所		〒026-0021 釜石市只越町3-9-13		電話番号		090(1234)5678	

*第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険者証 記号・番号	
特定疾病			

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釜石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。あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

被保険者氏名 釜石 花子 (代筆の場合、代筆者氏名) 釜石 太郎

認定結果通知の 送付先	氏名	釜石 太郎	被保険者との関係	長男
	住所	〒026-0000 電話番号 0193(22)3333 釜石市〇〇町1-1-1		
☐ 申請者 ☒ 右記				

市処理欄	入力	□ □ □	アンケート	有・無	備考
	調査	直営・委託			

申請区分に必ず✓
をしてください。
区分により認定の
有効期間が変わる
場合があります。

個人番号は記入し
ないでください。

介護が必要な状況や
希望するサービス等
をご記入ください。

生活の場が本人住所
以外の場合には記入
してください。
※入院中の方は階も
記入してください。

訪問調査の日程調整
をスムーズにするた
め、本人・立会者の
不在日や連絡の取り
やすい時間帯等をご
記入ください。

ケアマネの聞き取り
や立会いが必要な時
は必ずご記入くださ
い。

認定調査の受託が
可能な場合は、
「可」に○をお願
いします。

本人と代筆者の
署名を必ずお願
いします。

認定結果の郵送先
を本人住所以外の
場所にする場合は
ご記入ください。