

豊田市長様  
次のとおり申請します。

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
(  新規  更新 )

		申請日 令和8年4月1日										
被保険者(認定を受ける人について)	① 介護保険被保険者番号	0012345678 ② 123456789012										
	③ 医療保険	保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合				保険者番号	39234000				
		被保険者証 記号			番号	12345678		枝番				
	ふりがな	とよた たろう		※本人が、認知症等により意思表示能力が著しく低下しており、代理権の授与が困難な場合は個人番号を記入せず右の欄にシ点を								
	氏名	豊田 太郎										
	生年月日	明・大 昭 XX年 XX月 XX日		性別	男		年齢	96歳				
	住民票住所	〒471-8501 豊田市西町×××		電話番号 (0565) ××-××××								
	本人がいる場所(申請時)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外(特養、有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅、ケアハウス等)		<input type="checkbox"/> 上記住民票住所 <input checked="" type="checkbox"/> 上記住所以外(実際にいる場所を以下に記入してください)								
		名称	ひまわり病院		電話番号	(0565) ××-××××						
		所在地	豊田市××××××		A病棟	101号室						
入院・入所日	令和8年3月1日		退院・退所予定	年 月 日		未定	手術予定	有・無				
認定後のサービス利用	<input type="checkbox"/> 利用中 <input type="checkbox"/> 至急利用したい <input checked="" type="checkbox"/> 利用を考えている <input type="checkbox"/> 当面利用は考えていない											
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパ、デイサービス等のサービスを希望しているため <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具購入等を希望しているため		<input type="checkbox"/> 介護保険施設等に入所中または入所を希望しているため <input type="checkbox"/> その他( )									
更新申請のみ記入 前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2									
有効期間	令和 7年 6月 1日 から 令和 8年 5月 31日まで											
④ 医療機関名	ひまわり病院		診療科	泌尿器科		主治医氏名	向日 葵 介護					
⑤ 主治医	所在地	豊田市××××××		最終受診日	令和8年 3月 1日							
	電話番号	(0565) ××-××××		次回受診予定日	令和8年 4月 10日							
今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない → 必ず、主治医に意見書作成の了承を得てください。												
⑥ 認定結果関係通知送付先	理由	書類管理が困難であるため										
受取人	ふりがな	とよた たいち		住所	〒 本人と同じ							
受取人	本人との関係 (長男)											
⑦ 提出者	氏名(事業者は担当者氏名)	豊田 太一		本人との関係	長男							
	住所(事業者所在地)	<input checked="" type="checkbox"/> 本人と同じ <input type="checkbox"/> 認定結果関係通知送付先住所と同じ										
	提出代行事業者等名称	電話番号 ( ) - 事業者番号										
該当するものにシ点を付けてください	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院											
⑧ 特定疾病名	者が64歳以下の場合、特定疾病名のご記入及び医療保険加入確認書類を提示してください。											
特定疾病名 ↓ 特定疾病に該当しているか主治医等にご確認ください												
・がん ・関節リウマチ ・筋萎縮性側索硬化症 ・後縦帯骨化症 ・骨折を伴う骨粗しょう症 ・初老期における認知症 ・進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病 ・脊髄小脳変性症 ・脊髄管狭窄症 ・早老症 ・多系統萎縮症 ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症 ・脳血管疾患 ・閉塞性動脈硬化症 ・慢性閉塞性肺疾患 ・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												

裏面もご記入ください。

【記入の際の注意点】

① 介護保険被保険者番号

介護保険被保険者証(黄色・三つ折)に記載がある10桁の番号です。分からない場合は空欄で結構です。

② 個人番号

マイナンバーを記入ください。確認できない場合は空欄で結構です。

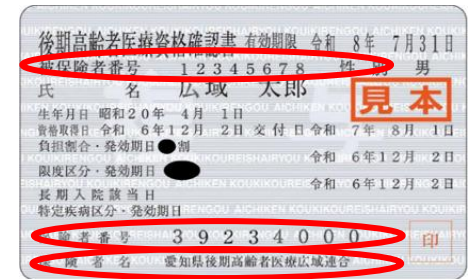
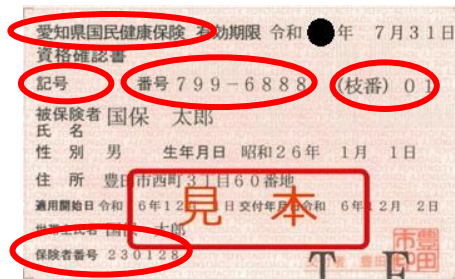
③ 医療保険 ※第2号被保険者(40歳~64歳)の場合、記入必須

国民健康保険加入者と後期高齢者医療保険加入者の記入方法は以下のとおりです。その他社保(社会保険診療報酬支払基金)等については、資格確認書等に記載されている情報をそのままご記入ください。

【国民健康保険加入者】

【後期高齢者医療保険加入者】

※記号、枝番は記入不要



④ 主治医

主な傷病を診てもらっている主治医や、現在の様子を把握している主治医をご記入ください。受診の際は主治医に「認定申請のため」とお伝えいただき、意見書作成の了承をいただくようお願いいたします。定期受診がない場合は、速やかに受診してください。

⑤ 認定結果関係通知送付先

送付先を本人(自宅)宛以外にする場合のみ記入してください。

⑥ 提出者

申請書を窓口へ提出する方についてご記入ください。提出時、本人確認書類をご持参ください。

⑦ 特定疾病名

第2号被保険者(40歳から64歳)の方は、ご記入ください。

以下の項目について、該当する方のみレ点を記入してください。

介護保険給付に優先する介護補償給付等を受けている人はレ点をつけてください。 (例、交通事故被害による保険補償給付 など)	<input type="checkbox"/> 受けている
更新申請の方で、現在の有効期間内に認定がされる場合でも延期通知(処理見込期間とその理由の通知)が必要な場合は右欄にレ点をつけてください。	<input type="checkbox"/> 延期通知を希望する

《認定調査について》

⑧	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居家族あり [ 夫・妻・子・子の配偶者・孫・父・母・他 ( ) ]	
	立会の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり → [ <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 入院先職員 <input type="checkbox"/> 入所先職員 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]	
⑨	調査の立会者	ふりがな	とよた たいち
	氏名	豊田 太一	本人との関係 長男
⑩	直近1か月の本人・立会者の予定(月～金)	都合の悪い日 (日にち: 10日、20日)	
	通所系(デイ・デイケア等)サービス利用予定	<input type="checkbox"/> なし	
	ショートステイ利用予定	<input checked="" type="checkbox"/> あり → ( <input checked="" type="checkbox"/> 毎週 1 月・火・水・木・金 ・ <input type="checkbox"/> 不定期(日にち: ) )	
	透析予定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (毎週 月・火・水・木・金 )	
⑪	駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし (駐車場所に関する情報: 自宅前の駐車場2番へ停めてください)	
⑪	本人の状態に近いものへ○をしてください。	聴力	普通 普通の声やっと聞こえる 大きな声なら聞こえる ほとんど聞こえない
	物忘れ	なし 置き忘れなどが目立つ 最近のことがわからない すぐに忘れる	
⑪	調査時の留意事項	例) 筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感じ的になる。本人のいない場所での聞き取りを希望。等 本人のいない場所での聞き取りを希望	
※その他、何かあればご記入ください。			

⑫	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、豊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、豊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。また認定結果が非該当になった場合、認定申請に係る情報を市が実施する高齢者支援のための各種事業の関係機関に提示することに同意します。				
	2. 適切な認定調査実施のために必要があるときは、居宅介護支援事業所や居宅サービス提供事業者、介護保険施設関係者、病院関係者、民生委員・児童委員等から調査員が必要な情報の聞き取りを行うことに同意します。以上2点について同意をいただける場合は、署名をお願いします。				
本人氏名	豊田 太郎	代筆者又は代理人氏名	豊田 太一	本人との関係	( 長男 )

以下、市記入欄

申請種別	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新	窓口受付者	申請受付入力	/	申請入力者	
2号医療保険	<input type="checkbox"/> 提示 <input checked="" type="checkbox"/> 連携		Dr 依頼入力	/	欄	
意見書の依頼	<input type="checkbox"/> 市 <input checked="" type="checkbox"/> 添付		Dr 添付入力	/		
提出者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 代理人	番号確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 補記 <input type="checkbox"/> 提供なし★ (★提供なしの場合は身元・代理権の確認不要)			
受理印			<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> 保険者(オンライン) 確認			
		身元確認	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 1点確認 <input type="checkbox"/> 2点確認			
		代理権の確認(代理人の場合)	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他書類 1点			
		申請番号				

⑧立会の有無

認定調査時の立会の有無をご記入ください。立会は必須ではありません。

⑨調査の立会者

立会される場合は、立会者の情報をご記入ください。調査の日程調整は、原則、立会者の方と行います。

⑩直近1か月の本人・立会者の予定

本人のサービス利用予定や立会者の都合の悪い日等があればご記入ください。

⑪調査時の注意事項

調査時に注意が必要なことや、調査時に希望すること等があればご記入ください。

⑫同意事項

本人が署名できる場合は、「本人氏名」欄のみご記入ください。本人が署名ができない場合は、代筆者又は代理人が「本人氏名」欄に本人の氏名を記入し、併せて「代筆者又は代理人氏名」欄及び「本人との関係」欄もご記入ください。