

## 介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

北広島市長様

次のとおり申請します。

要介護更新認定・要支援更新認定

申請年月日 令和5年 4月 3日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000012345	個人番号		
	医療保険	保険者名	北海道国民健康保険	保険者番号	0000000000
		被保険者証 記号	北広島	番号	000000 枝番 02
	フリガナ	キタヒロ シマコ		生年月日	明・大・昭 10年10月 1日
	氏名	北広島子		性別	男 ・ 女
	住所	〒 000-0000 北広島市〇〇町〇〇丁目〇〇番地			電話番号 011-372-3311
	前回要介護認定の結果等	更新申請の場合	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4年 5月 1日 ~ 令和5年 4月 30日		
	転入に伴う 認定申請の場合	転出元自治体（市町村）名【 区・市・町・村】 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 ) 「はい」の場合、申請日 年 月 日			
	過去6カ月の介護保険施設・医療機関等への入所・入院期間（該当しない場合は不要）	名称（介護保険施設・医療機関等）	〇〇〇〇病院		
	入所・入院期間	令和5年2月11日 ~ 令和5年4月10日			
	〒 000-0000	電話番号 011-372-7667			
	北広島市〇〇町〇〇丁目〇〇番地				

認定調査の 日程調整に 関する連絡先	フリガナ	キタヒロ イチロウ	メールアドレス	kaigo@city.kitahiroshima.lg.jp
	連絡先（氏名）	北広 一郎	被保険者との関係	子
	住所	〒 000-0000 北広島市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 電話番号 011-372-3311		

申請書 提出者 （本人の場合 は記入不要）	被保険者 との関係	① 親族（本人との関係： 子 ） 2 提出代行者（高齢者支援センター・地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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） 3 その他（具体的に： ）		
	名前・名称	北広 一郎		
	住所	〒 000-0000 北広島市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 電話番号 011-372-3311		

主治医	主治医の氏名	介護 太郎	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所在地	〒 000-0000 北広島市〇〇町〇〇丁目〇〇番地 電話番号 011-372-7667		

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画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、北広島市から高齢者支援センター（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。

本人氏名 北広 島子

代筆者氏名 北広 一郎

**認定申請をされるにあたって ーお読みくださいー**

- 1 介護保険のサービスを利用するためには、まず、この申請書による要介護・要支援認定の申請が必要です。申請書の提出は本人のほか、家族や高齢者支援センター、居宅介護支援事業所の介護支援専門員などの方を行うことができます。なお、サービスの利用予定がない場合はこの申請は必要ありません。
- 2 申請書の提出先は、市役所の高齢者支援課です（近くの出張所でも可能です）。
- 3 申請書を提出した後に、市または居宅介護支援事業所の職員などが調査員として自宅や施設に伺い、食事や入浴、日常生活動作などに関する調査を行います。
- 4 申請書を提出した後に、市から申請書に記載された主治医に対し意見書の提出を求めます。主治医の意見書は、要介護認定のための重要な資料です。申請者の方からも主治医に対し認定申請を行う旨の相談をするなど、日頃から主治医と連携がとれていることが望まれます。
- 5 認定調査の結果と主治医の意見書をもとに、「介護認定審査会」で審査します。原則、申請から30日以内に、認定結果を通知します。

日常生活支援・総合事業申請（有 ・ 無） チェックリスト実施（未 ・ 済）

認定調査の実施場所	① 本人宅 2 介護保険施設・医療機関（表面と同じ） 3 その他（上記1・2以外の親族宅など） 住所等												
調査時同席の有無	① 同席する <table style="display: inline-table; border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black; padding: 5px;"> <tr> <td style="padding: 0 10px;">フリガナ</td> <td style="padding: 0 10px;">カタヒロ</td> <td style="padding: 0 10px;">イチロウ</td> <td style="padding: 0 10px;">本人との関係（子）</td> </tr> <tr> <td style="padding: 0 10px;">氏</td> <td style="padding: 0 10px;">北</td> <td style="padding: 0 10px;">広</td> <td style="padding: 0 10px;">一郎</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 0 10px;">日中連絡の取れる電話番号</td> <td colspan="2" style="padding: 0 10px;">011-372-3311</td> </tr> </table> 2 同席しない	フリガナ	カタヒロ	イチロウ	本人との関係（子）	氏	北	広	一郎	日中連絡の取れる電話番号		011-372-3311	
フリガナ	カタヒロ	イチロウ	本人との関係（子）										
氏	北	広	一郎										
日中連絡の取れる電話番号		011-372-3311											
都合の悪い日	1 特にない 2 ある 決まった曜日 ⇒ 月・火・水・木・金 特定の日 ⇒（ 4/13 4/20 ） 理由 デイサービスのため												
調査時注意すること	記載例） 本人にがんを告知していない。認知症状等本人の前で話せないことがある。 本人の前で話せないことがあるため、子から補足します。												
申請理由	体力の維持のためリハビリを行うよう病院から話があった。												
その他	  												