

必ずお読みください。

<ご連絡>

要介護・要支援認定を更新するためには、別紙により更新申請書が必要になりますが、現在サービスの利用のある方は、ご本人・ご家族に代わって各事業所で申請書を提出することがありますので、担当のケアマネジャーに、あらかじめご確認ください。

様式第39号（第24条関係）

令和4年4月1日改訂

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

日光市長様
次のとおり申請します。 申請年月日 R〇年 〇月 〇日

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入継続 <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護への変更				
介護保険被保険者番号	個人番号				
医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 日光市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 栃木県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> その他(保険者名:)				
	保険者番号	090175	記号・番号・枝番	123	456
フリガナ	ニッコウ ハナコ		生年月日	明・大(〇)	〇年 〇月 〇日
氏名	日光 花子		性別	男	<input checked="" type="radio"/> 女
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 日光市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇〇				
現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1・ <input checked="" type="radio"/> 2・3・4・5 要支援状態区分 1・2 有効期間 R〇年 〇月 〇日から R〇年 〇月 〇日				
申請の理由	*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。(既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択) はい・いいえ 「はい」の場合 申請日 年 月 日 <small>※:身体状況の悪化のため、認知機能の低下のため、デイサービスの利用を確保しているため、サービス利用の継続のため など</small>				
申請理由	デイサービスの利用のため				
現在の入所・入院施設	入所施設・医療機関等名	入所・入院期間		連絡先	
	〇〇病院	〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日予定		〇〇-〇〇〇〇	
	入院理由	〇〇のため	入院場所	<input type="checkbox"/> 階 <input type="checkbox"/> 病棟 <input type="checkbox"/> 号室	
認定調査	調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 上記住所地の自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 上記の入所・入院施設 <input type="checkbox"/> その他()			
	同席者氏名	日光 太郎	本人との関係	子	電話番号 〇〇-〇〇〇〇
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> ヘルパー 週 回(曜日) <input type="checkbox"/> デイサービス 週 回(曜日) <input type="checkbox"/> デイケア 週 回(曜日) <input type="checkbox"/> ショートステイ(利用日: 月 日～ 月 日)			
提出代行者	名称	[地域包括支援センター・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]の名称			
	住所				
主治医意見書	医療機関名	〇〇病院	主治医の氏名	鈴木 次郎	
	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 日光市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇-〇〇〇〇			
	治療中の病気	〇〇〇〇	*がんの場合のみ記入 本人の告知 済・未		
2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入※申請時に医療保険者証をご持参ください。					
	特定疾病名	脳血管疾患			
介護サービス又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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日光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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師、認定調査に従事した調査員その他市長が適当と認めるものに提示することに同意します。 また、更新申請の場合、有効期間内に要介護認定を行うことができるようであれば、認定が申請日から30日を超えてしまっても認定結果が遅れる旨の通知を省略することに同意します。					
(本人氏名)	日光 花子		(代筆者名)	日光 太郎	
(※市記入欄)	連絡先(電話番号) 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				
受付	保険料納付状況	被保険者証	入力	意見書	認定調査
	滞納 有・無	有・無	済	済	
					備考

記入のしかた

申請区分に印をつけてください。

お手持ちの医療保険証を参考に医療保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番を記入してください。

お手持ちの介護保険被保険者証を参考に認定を受ける方の氏名・住所・要介護認定状況を記入してください。

申請理由を記入してください。

申請時点または1ヶ月以内で介護保険施設や病院に入所・入院している場合(ショートステイは除く)のみ、記入してください。

認定調査を行う場所、同席者、現在のサービス利用状況について記入してください。

ケアマネジャー等が本人の代わりに申請する場合は記入してください。

主治医意見書の依頼先(かかりつけ医)や治療中の病気を記入してください。

認定を受ける方が40～64歳の場合のみ記入してください。
医療保険証のコピーを添付してください。

原則として、本人氏名は本人が署名してください。

本人が署名できない場合は、家族が本人氏名及び代筆者名を署名してください。
代筆の場合は日中連絡の取れる連絡先を記入してください。

<留意点>

- 1) 現在サービスを利用していない方は、サービスを使いたい時に申請してください。
- 2) 申請書と一緒に、ピンク色の「介護保険被保険者証」を提出してください。
- 3) 代行申請の場合、市役所で受付した日が申請日となります。