

介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

鎌ケ谷市長 様

次のとおり申請します。

① 申請年月日 令和〇年〇月〇日

新・更新 月

申請者

②

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	
医療保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者証	記号	番号 枝番
フリガナ	カマガヤ カズヤ	生年月日	明・大・昭 〇年 〇月 〇日
氏名	鎌ケ谷 和也	性別	① 男 ・ 女
住所	〒273-〇〇〇〇 鎌ケ谷市新鎌ケ谷〇-〇-〇 電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		
前回の要介護認定の結果等 ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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 平成〇〇年〇月〇〇日 から 令和〇年〇月〇〇日		
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地 新鎌ケ谷中央メディカルセンター 鎌ケ谷市中央〇-〇	期間	令和〇年 〇月 〇日～ 令和〇年 〇月 〇日

③

提出代行者名称	該当に〇（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・介護療養型医療施設・介護医療院）		
提出代行者住所	〒	電話番号：	- -
送付先氏名		続柄	
送付先住所	〒	電話番号：	- -

⑤

主治医	主治医の氏名	千葉 太郎	医療機関名	新鎌ケ谷中央メディカルセンター
	所在地	〒273-〇〇〇〇 鎌ケ谷市新鎌ケ谷〇-〇-〇 電話番号：〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		

⑥

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 医療保険被保険者証等の写しを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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、鎌ケ谷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。

⑦ 本人又は代理人の署名 鎌ケ谷 潤（長男）

市決裁欄	被保険者証回収
入力日	有・無
滞納の有無	有・無
締切日	有・無
割当調査員	有・無
調査予定日	有・無
調査条件	在宅 特養 老健 病院（ ）
課長	係長
係長	割当担当
調査日	意見書着日
審査日	処理完了日
取扱者	有・無

記入項目

①申請者、申請年月日 全員ご記入ください

②被保険者 全員ご記入ください

介護保険被保険者証を参考に

・被保険者番号氏名、生年月日、性別、住所、電話番号

・認定区分及び有効期間（現在認定をお持ちの方）

・直近6カ月間で入所・入院している場合は、施設・医療機関等をご記入ください。

また、ご加入の公的医療保険（国民健康保険、後期高齢者医療制度、被用者保険）の医療保険被保険者証（健康保険証）を参考に

・保険者名、保険者番号、記号、番号、枝番をご記入ください。

③提出代行者名称 該当する方のみご記入ください

被保険者ご本人やご家族が申請の場合は記入不要です。

④送付先氏名 該当する方のみご記入ください

介護保険被保険者証に記載の住所以外へ認定結果通知書の送付をご希望の場合のみご記入ください。

送付先に指定できるのは、ご本人、ご家族または成年後見人です。ケアマネジャー等は送付先に指定できません。

⑤主治医 全員ご記入ください

●主治医の氏名を漢字フルネームでご記入ください。

主治医とは

・介護が必要となった直接の原因である病気を治療している医師

・日頃からご自身の病歴や心身の健康状態を良く知っていると考えられる医師

※医療機関を受診の際、要介護（要支援）認定申請中であることを医師へお伝えいただくと、主治医意見書作成や認定の手続きが円滑に進みます。

⑥2号被保険者（40歳から64歳） 該当する方のみご記入ください

40～64歳までの方（第2号被保険者）のみご記入ください。

医療保険加入者であること及び特定疾病（下記参照）に該当していることが申請の条件です。

特定疾病

○がん（医師が一般に認められている医学的知見に基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。）

○関節リウマチ ○筋萎縮性側索硬化症 ○後縦靭帯骨化症

○骨折を伴う骨粗鬆症 ○初老期における認知症 ○脊髄小脳変性症

○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

○脊柱管狭窄症 ○早老症 ○多系統萎縮症

○糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ○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

⑦署名 全員ご記入ください

本人又は代理人の署名をお願いします。

認定調査が円滑に行えるよう、下記項目の記入にご協力をお願い致します。

1 介護認定調査の立会者

8

被保険者氏名 鎌ヶ谷 和也

- 9  立ち会う。(下記「立会者」欄に記入ください。)
- 立ち会わないが、日程の連絡は必要【電話 様宛】
- 立ち会わないので、連絡は本人へ【電話 】

10

立会者 (2人以上の場合は、代表者の方)

お名前 ( 鎌ヶ谷 潤 ) 本人との関係 ( 長男 )

【自宅電話〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇】【携帯電話 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇】

【同居している・鎌ヶ谷市内に住んでいる・( 船橋 市)に住んでいる】

【連絡の取りやすい時間帯 正午～13時、16時以降】

11

2 介護認定調査の日程 (都合の良い曜日・時間帯はいつですか? (いくつでも可))

曜日 月曜日・火曜日・水曜日・木曜日・金曜日・いつでも良い

時間帯 午前 ・ 午後 ・ どちらでも良い

12

3 調査場所について

- 自宅 (介護保険被保険者証に記載の住所地)
- 病院 [ 病院 号室]
  - ※退院または転院の予定はありますか 無 有 ( 月 日頃)
- その他 [ ]

13

4 普段のご体調、持病、ご状況、認知症の有無などを簡単に記入してください。

妻と2人暮らし。脳梗塞 (平成28年)。薬の飲み忘れが多くなってきている。  
デイサービス週1回 (火曜日)。

14

5 現在の利用サービスの有無 有 無

15

6 主治医意見書 定期受診 (有・無・入院中) 受診予定日 ( 〇月 〇日)

16

7 ケアマネジャーについて (わかる範囲でご記入ください)

居宅介護支援事業所、または地域包括支援センターとご契約されている方は、担当事業所名、電話番号、ケアマネジャー名を記入してください。

事業所名 [ 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ]

電話番号・担当者 [ 千葉 花子 ]

記入項目

8被保険者氏名 全員ご記入ください

9介護認定調査の立会者の有無 全員ご記入ください  
ご家族やケアマネジャー等の立会の有無を選択してください。

10立会者の氏名等 全員ご記入ください

立会される方の氏名、関係、連絡先(日中できるだけ連絡の取れる連絡先)、所在地、連絡の取りやすい時間帯をご記入ください。

11介護認定調査の日程 全員ご記入ください

都合のよい曜日・時間帯をできるだけ多く選択してください。

12介護認定調査の場所 全員ご記入ください

調査場所を選択してください。  
・入院中の場合は、病棟と病室もご記入ください。また、転院か退院の予定があればご記入ください。

13持病等 全員ご記入ください

病気や疾病状況、利用中のサービス、利用希望のサービスなどをご記入ください。

14介護サービス利用の有無 全員ご記入ください

現在利用している介護保険サービスがあるかどうかご記入ください。

15主治医意見書 (通院状況) 全員ご記入ください

主治医意見書を依頼予定の医師に定期的を受診しているか選択し、定期受診している場合は、次回受診日をご記入ください。  
現在入院中の場合は「入院中」に〇をしてください。

16ケアマネジャー 該当する方のみご記入ください

契約している居宅介護支援事業所または地域包括支援センターがあれば、ご記入ください。

※介護認定調査は、市の調査員のほか、市が委託した事業所が行う場合があります。