

介護保険被保険者証（ピンク色）を添付してください。

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

神戸市長 宛 次のお通り申請します。

被 保 者	被保険者番号							申請年月日			年		月		日									
	フリガナ							生年月日	明治 大正 昭和			年		月		日	性別	男・女						
	被保険者氏名							生年月日				(歳)										
	住民票上の住所	〒		-				電話番号			()	建物名 ()										
	現在(前回)の要介護状態区分(認定結果)等(更新・変更時のみ記入)	要介護状態区分						有効期間				年		月		日から			年		月		日まで	
	変更申請の理由(変更時のみ記入)																							
	入所・入院先	該当するものを○で 入所入院なし・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院 囲んでください。 ・地域密着型介護老人福祉施設・一般病院・その他施設																						
	在宅(短期入所を含む)は、入所入院なしを○で囲んでください。	施設名																						
		所在地																			病棟		階	
	入所・入院の期間											年		月		日から			年		月		日まで	
医療保険	保険者名	・国民健康保険(神戸市)・兵庫県後期高齢者医療保険・その他 ()																						
	被保険者	(記号)		(番号)			(枝番)															保険者番号(交付者)		
	特定疾病	40～64歳の方は左記に次ページより特定疾病番号を確実に記入してください。また、医療保険被保険者証の写しを添付して下さい。																						
	訪問先住所(該当するものを○で囲んでください)	・住民票住所と同じ ・入所入院先と同じ 電話番号 () ・その他の 〒 - 訪問先																						
	本人以外の方と訪問調査の調整が必要な場合はその方の氏名等を記入してください	氏名					続柄															電話番号	()	
主治医	氏名							医療機関名(総合病院の場合には診療科も記入)															()	科)
	所在地	〒		-				電話番号			()											
	受診状況	通院中(最終受診日 年 月 日頃)										入院中												
申請書記入者	氏名又は事業者の名称	親族(本人との関係:) 又は代行業者										該当するものに○												
	本人の場合は記入不要です	(事業者担当者名:)	事業者番号																					・地域包括支援センター ・指定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 ・介護医療院 ・地域密着型介護老人福祉施設
	住所又は所在地	〒		-				電話番号			()											
同意欄	<p>私は、介護サービス計画の作成など介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、今回の要介護認定・要支援認定にかかる ①結果通知の内容 ②認定調査票 ③主治医意見書 を、私が居宅サービス計画の作成を依頼している事業者へ提供することに同意します。</p> <p>私は、主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、今回の要介護認定・要支援認定の結果通知の内容を同医師へ提供することに同意します。</p> <p>(更新申請の場合のみ)私は、今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えるとときであっても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。</p>																							
	被保険者氏名											代筆者氏名												
<p>※被保険者による自筆が困難な場合は、親族等による代筆が可能です(事業者は不可)</p> <p>※被保険者氏名を代筆された方は、代筆者氏名及び続柄を記載してください。</p>																								
神戸市記入欄						資格者証	調査票	意見書	区窓口受付						センター受付									
医療保険加入：被保険者証(写)・情報連携端末																								

特定疾病名番号

(40歳～64歳の方は下記より特定疾病名番号を確認し、申請書に記入してください)

1	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。)	9	脊柱管狭窄症
		10	早老症
		11	多系統萎縮症
2	関節リウマチ	12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
3	筋萎縮性側索硬化症		
4	後縦靭帯骨化症	13	脳血管疾患
5	骨折を伴う骨粗鬆症	14	閉塞性動脈硬化症
6	初老期における認知症	15	慢性閉塞性肺疾患
7	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	16	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
8	脊髄小脳変性症		

【提出前チェック項目】

記入漏れはありません。

※ 記入漏れ等があった場合は確認のため処理に時間を要す場合があります。

必要書類の添付漏れはありません。

「被保険者証原本（ピンク色）」、「介護保険資格者証原本」、「介護保険被保険者証・資格者証紛失届出書」のいずれか

40～64歳までの方の場合、医療保険者証（写し）

「成年後見人」、「補助人」、「保佐人」、「任意後見人」が付いておられる方の場合、後見人関連書類（登記事項証明書、代理権行為目録等）

※ 書類について不明な点がある場合は、認定事務センターへお問合せください。

「封筒貼付用宛先用紙」

〒651-0190

神戸ポート郵便局 私書箱25号

神戸市 福祉局介護保険課
認定事務センター 行

(申請書在中)

※切り取り線にそって「封筒貼付用宛先用紙」を切り取り、封筒表面にはがれないように貼り付けてご利用ください。

← 切り取り線

認定調査連絡票の記入について

- この連絡票は、日程調整や調査当日に配慮すべきことを調査員に伝えるためのものです。
- 調査員があらかじめ把握しておくことが適当と考えられる事項をご記入ください。
- なお、認定調査業務は、概ね平日9時～17時までの時間帯で実施しております。

1. 訪問調査の約束時に必要な情報

項 目	注 意 事 項
調整者	<ul style="list-style-type: none"> ◇ どちらかに○をつけてください。 ◇ 被保険者本人以外の方が調整者となる場合、申請書の「本人以外の方と訪問調査の調整が必要な場合のみ記入」欄に記入できているかどうか、ご確認ください。
連絡の つきやすい 曜日・時間帯	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 認定調査の日程調整のため、調査員より連絡いたします。 ◇ いつでもよい場合は、「いつでもよい」に○をつけてください。 ◇ ご都合により、連絡のつきやすい曜日や時間帯がある場合は、() に曜日を記入し、午前・午後に○をつけてください（両方○も可）。 ※認定調査業務の時間帯（平日9時から17時まで）でご記入ください。
連絡時に 配慮すべき点	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 調査員が日程調整の連絡をする際、配慮すべき点があればご記入ください。 (例) 電話に出るのに時間がかかります 留守番電話に伝言を残してもらえれば、折り返し電話します
サービス 利用状況 など	<ul style="list-style-type: none"> ◇ サービス利用状況をご記入ください。 その他通院などの定期的な外出や、長期不在予定がある場合もご記入ください。 (例) デイサービス（火曜日・金曜日）、訪問介護（月曜日 9時～10時）

2. 調査当日の留意事項

項 目	注 意 事 項
同席者の有無	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 認定調査当日の同席の有無について、どちらかに○をつけてください。 ◇ 「あり」の場合は（1）同席者、（2）同席が必要な理由もご記入ください。
調査時に 配慮すべき点	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 調査時に配慮すべき点をご記入ください。 (例) 認知機能の低下があり、何でもできると言いますが、身の回りのことができなくなっています。同席の家族から別室にて聞き取りをお願いします。本人の前で確認すると立腹されます。
申請に至った 経緯	<ul style="list-style-type: none"> ◇ 申請の理由や日常生活での困り事などをご記入ください。 ◇ 詳しいお困り事などは、調査時にお伺いしますので、簡単にご記入ください。 (例) 昨年より認知症が進行し、身の回りのことができなくなってきたため。近隣居住の家族が訪問介護していますが、介護負担が大きく困っています。