

介護保険 要支援・要介護認定

新規

申請書

別記第4号様式
(第4条第1項関係)

函館市長 様
次のとおり申請します。

窓口に来た人	<input type="checkbox"/> 本人	申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名 介護太郎 電話 (0138)〇〇-〇〇〇〇
		住所 函館市〇〇町〇丁目〇番〇号 本人との関係 (夫)
<input type="checkbox"/> 提出代行	該当に〇(指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター) 事業所名・住所等	

1

申請の理由 (例) 認知症のため介護サービスが必要になったため。

認定を受ける人(被保険者)の状況	被保険者番号	0 0 0 △ △ △ △ △ △ △	個人番号	△ △ △ △ △ △ △ △ △ △ △	
	フリガナ	カイゴ	ハナコ	生年月日 明・大(昭) 〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	介護	花子	性別 男・(女)	
	住所	函館市 〇〇町 〇丁目 〇〇番 〇〇号 方 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 電話 〇〇-〇〇〇〇			
	(※現在、上記住所以外に入所・入院・滞在している場合)	① <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設)	施設・病院等の名称 (病棟等)	〇〇〇病院 (〇階 〇棟)	
		② <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関へ入院している ③ <input type="checkbox"/> その他(上記以外の施設、家族宅等)	左記の住所および 電話番号	函館市〇〇町〇丁目〇番〇号 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
		〇年〇月〇日から(入所・(入院)・滞在)中 今後、 月 日頃自宅に戻る予定			
前回の要介護認定の結果等	認定結果	非該当 要支援(1・2) 経過的要介護 要介護(1・2・3・4・5)			
	有効期間	〇〇年 〇月 〇日から 〇〇年 〇月 〇日まで			
主治医	医師名	函館 二郎	医療機関名	〇〇〇病院	
(意見書の記載を依頼する医師)	所在地	函館市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話 (〇〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇			

2

3

4

5

調査時等の連絡先・立ち会いについてご記入ください。

連絡先	氏名 介護太郎 (認定を受ける人との関係 夫)	調査時の立ち会い
	住所 函館市〇〇町〇丁目〇番〇号 電話 〇〇-〇〇〇〇	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する・ <input type="checkbox"/> 希望しない

6

結果通知等の送付先について希望があればご記入ください。(特に希望がない場合は、自宅へ送付します。)

送付先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅へ <input type="checkbox"/> 上記の入院(入所)先へ <input type="checkbox"/> 上記の連絡先へ
	<input type="checkbox"/> その他(住所: 方へ送付)

7

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
該当する特定疾病病名	

8

次の項目について、いずれかの□にチェックをお願いします。

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、介護認定審査会による判定結果を主治医意見書を記載した医師に提示することに

9

同意する 同意しない

以下は記入の必要はありません

受付印

※事務処理欄

受付	到着日	調査依頼	電算・意見書依頼	システム	2号資格
<input type="checkbox"/> 資格者証	郵便・電子		在・新		
<input type="checkbox"/> 医療保険			施・継		

記入上の注意項目

申請者関係項目について ※介護保険被保険者証を添付してください。

- 1
- 申請年月日を記入。(ただし、郵送の場合は、函館市介護保険課受理日(受付日)が申請日になります。)
 - 申請者(届出者)が本人・代理人・提出代行のいずれであるかをチェック。
 - 代理人の場合、氏名・住所・電話番号および被保険者との関係を記入。
 - 代行申請の場合は、事業所または施設等の名称・住所を記入(押印不要)

被保険者関係項目について

- 2
- 申請の理由を記入。
 - 被保険者番号(介護保険被保険者証に記載されている番号)
 - 個人番号(マイナンバー)を記入。(不明な場合は空欄で可)
 - 被保険者の氏名、生年月日、性別を記入。
 - 住民登録上の住所地を記入。
※電話番号は必ず記入。(電話がない場合は「なし」と記入)
- 3
- 現在の居所が住民登録上の住所地以外の場合に記入。
まず、「①～③」の該当箇所をチェック。
 - 「①②」の該当者はその施設・病院の名称を記入。「③」の該当者は現在の居所の住所および電話番号を記入。
 - 現在の居所にいつからいつまで滞在予定かを記入。
- 4
- 過去に申請し、認定結果が出ている場合、認定結果と有効期間を記載。
- 5
- 主治医意見書を記載してもらう医師名・医療機関名(病院名)・所在地・電話番号を記入。(医師名が明らかでない場合においても診療科名だけは必ず記載)
※複数の病院に受診している場合、介護を要する原因となっている疾患と状況を最もよく知っている医師の名前を記入。
- 6
- 調査時の立ち会いの有無に関わらず、連絡先となる方(できるだけ日中の時間帯で連絡の取れる)の氏名・住所・電話番号(携帯番号など)を記入。
 - 調査時の立ち会いを「希望するか・希望しないか」○で囲む。
(希望する場合の立ち会い人は「連絡先」に記載した方とする)
- 7
- 要介護認定・要支援認定の結果通知書の送付先をチェック。
- 8
- 2号被保険者(40～64歳)に該当する方のみ記入。
※申請窓口で医療保険被保険者証を提示してください。
 - 該当の特定疾病を記入(16疾病…脳血管疾患、初老期における認知症等)
- 9
- 介護認定審査会の判定結果(要介護度)を主治医意見書を記載した医師に知らせて構わない場合は【同意する】に、そうでない方は【同意しない】にチェックを入れてください。