

介護保険認定申請書

記入例

大川市長 様
次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規申請	<input checked="" type="checkbox"/> 更新申請	<input type="checkbox"/> 介護申請	申請年月日:	令和8年	4月	1日
	<input type="checkbox"/> 介護変更	<input type="checkbox"/> 支援変更	※該当する□に✓を入れて下さい				

申請者氏名	介護 三郎	本人との関係	介護支援専門員
提出代行者名称	<input type="checkbox"/> 包括 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院 介護ケアプランセンター		
申請者住所又は提出代行者所在地	〒 電話番号: 大川市大字向島111-11		

被 保 険 者	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 0 0 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0
	フリガナ	オオカワ ハナエ	生年月日	<input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 12年 2月 2日
	氏名	大川 ハナエ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 年齢 満 89 歳
	住所	〒 831-0005 電話番号: 88-0000 大川市大字向島222-22		
	上記住所以外で現在滞在している場所	〒 電話番号:		
	前回(現在)の要介護認定結果等	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5 有効期間 令和7年 5月 1日 ~ 令和8年 4月 30日		
	変更申請の場合その理由	新規申請、更新申請のときは記入不要です。		
医療機関・施設への入院・入所の有無(過去6カ月間)	名称・所在地	期間		
	所在地 大川市大字向島333-33	R7年 10月 30日 ~ R8年 2月 29日 退院・退所の予定: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有 予定有の場合(年 月 日頃)		
	名称 筑後川病院	年 月 日 ~ 年 月 日 退院・退所の予定: <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 有 予定有の場合(年 月 日頃)		
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	名称	予定有の場合(年 月 日頃)		

主治医	主治医の氏名	フリガナ チクゴ ジロウ 筑後 次郎	医療機関名	筑後川病院
	所在地	〒 831-0005 電話番号: 0999-66-6666 大川市大字向島333-33		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名 ※必ず記入↓	1.がん 2.関節リウマチ 3.筋萎縮性側索硬化症 4.後縦靭帯骨化症 5.骨折を伴う骨粗鬆症 6.初老期における認知症 7.パーキンソン病等 8.脊髄小脳変性症 9.脊柱管狭窄症 10.早老症 11.多系統萎縮症 12.糖尿病(神経症・腎症・網膜症) 13.脳血管疾患 14.閉塞性動脈硬化症 15.慢性閉塞性肺疾患 16.両側の股・膝関節の著しい変形を伴う変形性関節症
-----------------	---

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
--------	---------------

※「とびうめ@おおかわ みずま」への登録を希望の方のみ記入 (既に登録済みの方は記入不要)

※氏名欄は自筆で記入ください。

私は、「とびうめ@おおかわ みずま」についての説明を受け、その目的及び利用方法等を理解しました。私の医療・介護・健診等の情報が「とびうめ@おおかわ みずま」で共有されること及び「とびうめ@おおかわ みずま」への登録に際して、本紙記載内容が関係者に提供されることに同意します。

本人氏名(必須)	大川 ハナエ	代筆者氏名	介護 三郎 (本人との関係: 介護支援専門員)
----------	--------	-------	-------------------------

緊急連絡先	フリガナ 氏名 大川 太郎 (本人との関係: 夫)	電話番号 090-1111-1111	とびうめ@おおかわ みずま については別紙説明書をご覧ください。
-------	---------------------------------	-----------------------	-------------------------------------

※裏面も記載あり

立会い <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	フリガナ	オオカワ タロウ	連絡先（自宅）	連絡先（携帯）
	氏名	大川 太郎 (本人との関係: 夫)	88-0000	090-1111-1111

※必ず連絡がつく電話番号を記入してください

日程調整連絡先	氏名: 大川 太郎	連絡先	090-1111-1111
---------	-----------	-----	---------------

調査 希望日	希望曜日: <input checked="" type="checkbox"/> 月 <input type="checkbox"/> 火 <input checked="" type="checkbox"/> 水 <input type="checkbox"/> 木 <input checked="" type="checkbox"/> 金
	希望日付: 4月12日 希望時間: 10:00
	※調査困難な日程等()
世帯状況	調査場所: <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他 ()
	駐車場の有無: <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 駐車場所()
世帯状況 <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 昼間一人 <input type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他()	

備考・特記事項	現時点で該当するもの	<input checked="" type="checkbox"/> 難聴がある <input type="checkbox"/> 言語障害がある <input type="checkbox"/> 手話通訳がいる <input type="checkbox"/> 重度の視覚障害がある <input checked="" type="checkbox"/> 認知症がある																			
	感染症の治療中である場合、その疾患名()																				
	現在入院中の場合、入院の理由 ()																				
	現在利用中のサービス（代行業者申請の場合記入）																				
	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> <th>その他</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td>通</td> <td></td> <td>通</td> <td></td> <td rowspan="2">歩行器貸与</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>訪</td> <td>通</td> <td></td> <td>通</td> <td>訪</td> </tr> </tbody> </table>			月	火	水	木	金	その他	午前		通		通		歩行器貸与	午後	訪	通		通
	月	火	水	木	金	その他															
午前		通		通		歩行器貸与															
午後	訪	通		通	訪																
<p>※ 下記を参考に記載 通所介護・通所リハ等通所系→「通」 訪問介護・訪問リハ・訪問看護等訪問系→「訪」 ショートステイ等短期系→「短」 入所・入居中→「入」 居宅療養管理指導系→「指」</p>																					
<p>訪問調査時に本人の前で配慮すべきこと・その他気になること</p> <p>本人に認知症の自覚がないため、本人とは別の聞き取りをお願いします。</p>																					

認定結果通知などの認定関係書類送付先	住所	〒
<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外	(自宅以外の場合記入)	(様方・気付) 本人との関係()

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、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、主治医意見書、大川市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、大川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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。また、包括的支援のため担当地域の地域包括支援センターに認定結果・認定調査内容・主治医意見書を提供すること及び個人番号と医療保険情報を除いた介護保険認定申請書の記載情報を提供することに同意します。

(更新申請・介護申請・変更申請の場合のみ) 私は、申請から30日以内に認定がなされない時は、現在の認定の有効期間内であれば認定延期通知の省略に同意します。※右欄の該当する方の□に✓をつけて下さい。	<input checked="" type="checkbox"/> 同意する	本人氏名	大川 ハナエ
	<input type="checkbox"/> 同意しない	代筆者氏名	介護 三郎

※署名欄は自筆で記入してください。

「とびうめ@おおかわ みずま」 へ登録をお勧めします

登録にはお申し込みが必要ですが「無料」です。
介護保険認定申請手続きの際、同時に登録できます。

大川市では、医療情報（症状、検査結果、病歴、服用しているお薬、アレルギー）などを登録しておくことで、体調を崩すなどの緊急時に、迅速で適切な医療を提供するための情報ネットワーク「とびうめ@おおかわ みずま」への登録を推進中です。

登録するメリット

- ◎緊急時の連絡先が登録できるため、救急搬送等の際、登録した連絡先への通知がされ安心です。
 - ◎緊急時に、あなたの医療、介護、健診の情報が、医療機関等にきちんと伝わることにより、適切で迅速な治療につながります。
- * 福岡県内の救急告示医療機関及び救命救急センターで情報共有されます。**

対象者 大川市民のみです。年齢制限はありません。

* 高齢者はできるだけ登録していただくようお願いいたします。

*** 詳しくは、裏面「登録説明書」をご覧ください。**



大川市イメージキャラクター「モッカくん」

●登録に関する相談先

- ① 大川市役所 健康課 健康推進係
電話 86-8450
- ② 大川三潴医師会
電話 87-2611

登録説明書

「とびうめ@おおかわ みずま」は、あなたが受けた医療・介護・健診の情報の一部をネットワークを通じて、医療機関等で共有（福岡県医師会が運用する「とびうめネット」を活用）することにより、適切で迅速な医療の提供とスムーズな入・退院を情報面から支援する取組です。

※あなたに費用負担はありません

● 「とびうめネット」で共有されるあなたの情報

- (1) 氏名・生年月日・住所・性別と緊急時の連絡先
- (2) 今までにかかった医療機関名や病名、出されたお薬などの医療情報
- (3) 要介護度や担当ケアマネジャーの事業所などの介護情報
- (4) 特定健診（メタボ健診）などの健康診断の結果
- (5) その他、円滑な医療・介護サービスの提供のために共有が必要な情報

※ 福岡県国民健康保険団体連合会にある情報（国民健康保険医療情報、後期高齢者医療情報、介護保険情報、特定健康診査・特定保健指導情報、後期高齢者健康診査情報の過去5年分の情報）を大川市からとびうめネット事務局に提供し、その中から上記

(1)～(5)の情報が**福岡県内の救急告示医療機関及び救命救急センター**や「とびうめネット」に参加する医療機関等で情報共有されます。

また、これに加えて医療機関があなたの診察結果を提供・共有することもあります。

● 個人情報**は固く守られています。**

- (1) 「とびうめネット」は厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」など国の基準に準拠したセキュリティ対策を講じています。
- (2) あなたの情報にアクセスできるのは、「とびうめネット」に参加する医療機関等のみです。
- (3) 情報共有は、専用の回線を使うため、外部からの不正な侵入を防ぎます。

● とびうめネットの参加機関

現在、「とびうめネット」に参加している医療機関等は、とびうめネットホームページをご参照ください。医療機関のほか、あなたの生活を守るための医療・介護・行政関係者等での情報共有が可能となるよう、参加機関を随時拡充していくことがあります。

とびうめネットホームページ

● 登録をやめたいとき

QRコード



「とびうめネット」の登録をいつでも取消することができます。

「とびうめ@おおかわ みずま」事務局（0944-87-2611）にご連絡ください。

※ 「とびうめネット」の利用は、登録者様本人の自由な意思によります。説明を受けて、目的や利用方法などに納得された方のみご登録ください。利用されなかった場合や途中で利用を中止した場合でも、今後の診療に何ら不利益を被ることはありません。