

介護認定申請にあたってご留意頂きたいこと

1 申請について

- ・ 申請書に介護保険被保険者証（原本）とアンケートを添付し、高齢介護課へ郵送、または持参にて提出してください。※支所、サービスセンターでは提出できません。
- ・ 介護保険被保険者証を紛失されている場合は、介護保険資格異動届兼証交付等申請書を提出してください。
- ・ 申請日は、原則として高齢介護課が申請書を受理した日とします。
※区分変更で申請書記載の申請日から5開庁日以内に申請書を受理した場合や、介護認定結果が分かる前に暫定的に介護サービスを利用している場合は、申請書記載の申請日のおりとなります。

2号被保険者の方（40歳から64歳までの方で医療保険に加入している方）

- ※ 認定の対象は、加齢に伴って生じる心身の変化に起因する疾病（特定疾病）により介護（支援）が必要な方です。医療保険被保険者証のコピーをとって添付してください。
- ※ 介護保険被保険者証の交付を受けていない方は、介護保険資格異動届兼証交付等申請書を記入し、申請書に添付してください。

2 認定調査について

- ・ 市または市が調査を委託した事業所等（指定市町村事務受託法人(株)アール・ツーエス、または居宅介護支援事業所等）の調査員が、ご自宅やご入居中の施設など日頃の状況を確認できる場所を訪問し、調査を実施します。後日、調査員等が調査日程の調整の為に電話をしますので、あらかじめご承知おきください。
- ・ ご家族や介護者の方は、出来る限り調査に同席してください。
- ・ 調査員がご自宅を訪問する場合は、原則としてご自宅内で調査を実施します。
- ・ 調査時は、可能な範囲で実際に歩行や寝返り等を行っていただきます。
- ・ 病院、または施設等で調査を行う場合は、事前にご本人やご家族から病院等に対し、介護認定のための調査があることを連絡してください。
- ・ 疾病等で心身の状態が不安定である場合や入退院等直後で環境に変化がある場合は、介護の手間を適正に確認するため、原則として状態安定後、一定期間が経過してから調査を行います。
- ・ 調査日決定後に入退院等で調査場所が変わる場合は高齢介護課へご連絡ください。
- ・ ペットを飼われている方は、調査の妨げにならないようご協力ください。
- ・ 天候やその他やむを得ない事情により調査日の変更をお願いすることがあります。

<裏面あり>

3 主治医の意見書について

- ・ 申請書に記入された主治医に対し、後日市から意見書の作成を依頼します。ご本人またはご家族等はあらかじめ主治医に対し意見書作成の承諾をもらっておいてください。

4 認定結果について

- ・ 認定結果が出ましたら、新たに認定結果通知書及び介護保険被保険者証を作成し、ご住所地、もしくはあらかじめお届け頂いている送付先にお送りします。
- ・ 電話・窓口等で認定結果をお尋ね頂いても、お伝えすることはできません。

送付先変更を希望される場合

- ※ 西宮市ホームページ（ページ番号：67074382）から「送付先変更届」をダウンロードしていただくか、高齢介護課へご連絡ください。
- ※ 被保険者と申請者の本人確認書類の写し（写真付の証明書1点、又は写真無の証明書2点）も必要ですので、忘れずにご提出ください。
- ※ 送付先変更が完了されるまでは、住民票住所へ郵送物等を送付します。

5 問合せ先

西宮市高齢介護課 電話：0798-35-3133・3348

（令和6年6月作成）

申請書提出先（以下を切り取って宛名ラベルとして封筒に貼ってください。）



〒662-8567 西宮市六湛寺町10-3

西宮市役所高齢介護課 要介護認定申請書受付担当 行

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書

※消えるボールペンは使用不可

申請区分 右記に該当の番号を記入	□	1. 新規 2. 更新 3. 区分変更 4. 要支援・要介護者新規 5. 転入 6. 他市住所地特例者転居（前保険者） 7. 生保継続
---------------------	---	--

(※1)成年後見人等の法定代理人が申請する場合は、3か月以内に発行された登記事項証明書その他法定代理人であることを証明する書類のコピーも提出してください。

西宮市長様 次のおり申請します。

申請年月日	令和 年 月 日	申請者氏名	本人との関係
提出代行者名称	*本人・親族・法定代理人(※1)・□のみ		
*本人・家族の場合不要	更新調査日 (月 日 / 未定)		
申請者住所 又は 代行者住所	〒 -	電話番号(自宅)	電話番号(携帯)

介護サービス計画又は介護予防ケアプラン等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、及び主治医意見書を西宮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、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、及び西宮市健康福祉局関係課に提示することに同意します。

被保険者氏名 (被保険者又は代筆者の自署) _____ 代筆者 (親族又は法定代理人の自署) _____ 続柄 ()

介護保険 被保険者番号	000		個人番号 (マイナンバー)					
医療保険	保険者名	被保険者証	記号	番号	枝番	生年月日	年齢	
被 保 険 者	フリガナ	氏名			年 月 日	年 月 日	歳	
	住所 ※マンション名も記載してください	〒 -	電話番号(自宅)	電話番号(携帯)				
現在の要介護度 状態区分等	要介護状態区分	要支援1	要支援2	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5
変更申請の理由	□状態改善 ・ □状態悪化 ・ □()							

申請書受理後、下記主治医に対し意見書を送付します。意見書作成の承諾を得た上で、医療機関名は省略せず記載してください。

主治医	<input type="checkbox"/> 意見書作成の承諾を得た・得る予定	<input type="checkbox"/> 意見書作成が下記医師と異なった場合、申請者に確認が必要
	主治医氏名 (フルネーム)	姓 _____ 名 _____ 医療機関名 _____
	所在地	〒 - _____ 電話番号 _____
入院中・最終受診年月 年 月 日 ・ 次回受診年月 年 月 日		

* 以下の欄は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の写しを添付してください。

特定疾病名 右記に該当 番号を記入	□	特定疾病名 ※下記疾病に該当するかを主治医に必ず確認してください。 01筋萎縮性側索硬化症 02後縦靭帯骨化症 03骨折を伴う骨粗鬆症 04多系統萎縮症 05初老期における認知症 06脊髄小脳変性症 07脊柱管狭窄症 08早老症 09糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 10脳血管疾患 11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 ・ 12閉塞性動脈硬化症 13関節リウマチ ・ 14慢性閉塞性肺疾患 ・ 15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 16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)
-------------------------	---	---

以下、市処理欄

受付印	受付者	被保険者証	回収 ・ 未回収 ・ 資格異動届	資格者証	手渡し・郵送
	調査員			入力	/
	意見書 請求書種別		新規 継続	発送	/
			在宅 11 12		
			施設 21 22		

右表の数字を記入

40歳以上64歳以下であれば

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書

申請区分
右記に該当の番号を記入

- 新規 初めて申請する場合・有効期間終了後に改めて認定を希望する場合 (①、④を記入)
- 更新 認定の継続を希望する場合 (①、②、④を記入)
- 区分変更 要介護の認定有効期間内に、介護度の変更を希望する場合 (①～④を記入)
- 要支援・要介護者新規 要支援の認定有効期間内に、介護度の変更を希望する場合 (①～④を記入)
※2号被保険者(40～64歳)の方は、上記に加えて⑤も記入してください

1

西宮市長様 次のご申請を。代理人の印を証明する書類の提出をお願いします。

申請年月日 令和4年4月1日 申請者氏名 西宮 さくら 本人との関係 長女

提出代行者名称 該当に○ 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院
更新調査日 (月 日 / 未定)

申請者住所 又は 代行者住所 〒 xxx - xxxx 神戸市△△区××町○○-○
*本人の場合不要 電話番号(自宅) 078-XXX-XXXX 電話番号(携帯) 090-XXXX-XXXX

介護サービス計画又は介護予防ケアプラン等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、及び主治医見書を西宮市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、主治医見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員、及び西宮市健康福祉局に提出いたします。

介護保険被保険者証(ピンク色)の番号を記入してください。 西宮 太郎 代筆者(親族又は法定代理人の自署) 西宮 さくら (長女)

介護保険被保険者番号 000 1234567 個人番号(マイナンバー) 0000000000000000
医療保険 保険者名 兵庫県後期高齢者医療広域連合 保険者番号 39280003
被保険者 被保険者証 記号 00 番号 00000 枝番 00
フリガナ ニシ/ミヤ タロウ
氏名 西宮 太郎
住所 ※マンション名も記載してください 〒 662-△△△△ 電話番号(自宅) 0798-△△-△△ 西宮市△△町△-△

医療保険の保険者名等を記載してください。40歳～64歳の方は医療保険被保険者証の写しを添付してください。65歳以上の方については、添付は不要です。

現在の要介護度 要介護状態区分 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5
状態区分等 有効期間終了日 令和 年 月 日
変更申請の理由 確認の上、必ずチェックを入れてください。

申請書受理後、下記主治医の意見書を送付します。意見書作成の承諾を得た上で、医療機関名は省略せず記載してください。

主治医 意見書作成の承諾を得た・得る予定 意見書作成が下記医師と異なった場合、申請者に確認が必要
主治医氏名(フルネーム) 兵庫 一郎 医療機関名 ○○病院
所在地 〒 663 - XXXX 電話番号 0798-XX-XXXX
西宮市XX町○○-○ 入院中・最終受診年月 4年4月・次回受診年月 4年5月

*以下の欄は2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。入院中の場合は、入院中に○をつけてください。

特定疾病名 右記に該当番号を記入 10
01筋萎縮性側索硬化症 02後縦韌帯骨化症 03骨折を伴う骨粗鬆症 04多系統萎縮症 05初老期における認知症
06脊髄小脳変性症 07脊柱管狭窄症 08早老症 09糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
10脳血管疾患 11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 12閉塞性動脈硬化症
13関節リウマチ 14慢性閉塞性肺疾患 15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
16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り)

40歳から64歳の方で、医療保険に加入されている方は、こちらに該当する特定疾病名の番号を記載してください。
※右記疾病に該当するかを主治医に必ず確認してください。

資格異動届 資格者証 手渡し・郵送

入力 /

意見書 請求書種別

	新規	継続
在宅	11	12
施設	21	22

発送 /

右表の数字を記入

40歳以上64歳以下であれば

認定調査について（アンケート） 記入者： _____ （本人との関係： _____）

被保険者氏名： _____ 介護保険被保険者番号：000
(生年月日： _____ 年 _____ 月 _____ 日)

日中の連絡先 (土・日・祝日を除く) ※調査の日程を 連絡します	フリガナ ①氏名 _____ 続柄 _____ (自宅) _____ (携帯) _____	調査同席 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																		
	フリガナ ②氏名 _____ 続柄 _____ (自宅) _____ (携帯) _____	調査同席 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																		
備考（調査日で都合が悪い曜日に×をつけていただくか、都合が悪い時間帯等をご記入ください。）																				
<table border="1"><thead><tr><th></th><th>月曜</th><th>火曜</th><th>水曜</th><th>木曜</th><th>金曜</th></tr></thead><tbody><tr><td>午前</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>午後</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>				月曜	火曜	水曜	木曜	金曜	午前						午後					
	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜															
午前																				
午後																				
ご本人様の 現在の居所	<input type="checkbox"/> 住民票住所(来訪者用駐車場： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)(マンション名： _____)																			
	<input type="checkbox"/> 入院・入所中(入院・入所日： _____ 年 _____ 月 _____ 日頃) → (入院理由： _____) → <input type="checkbox"/> 退院・退所予定： _____ 月 _____ 日頃 ・ <input type="checkbox"/> 未定 → <input type="checkbox"/> 転院予定： _____ 月 _____ 日頃 (転院先： _____) 病院/施設名 _____ 棟 _____ 階 _____ 号室 住所 _____ 電話番号 _____ 手術： <input type="checkbox"/> なし / <input type="checkbox"/> 予定(_____ 月 _____ 日) / <input type="checkbox"/> 実施(_____ 月 _____ 日)																			
	<input type="checkbox"/> その他住所(例：家族宅など) ※マンション名もご記載ください。 住所 _____ フリガナ 氏名 _____ (続柄 _____) 電話番号 _____																			

●ご本人様の状態について記載をお願い致します

ご本人様の 状態	歩行 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 杖や歩行器など <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ねたきり
	排泄 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々失敗がある <input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要
	認知症状 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 日にちや予定を忘れる <input type="checkbox"/> その他症状(_____)
申請理由	<input type="checkbox"/> ヘルパー、デイサービス、リハビリ、訪問看護等のサービスを希望 <input type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具購入・レンタル等を希望 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等に入所中または入所を希望 <input type="checkbox"/> その他(_____)
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居家族あり〔夫・妻・子・子の配偶者・他(_____)〕
疾病等	<input type="checkbox"/> がん【治療中、末期】 <input type="checkbox"/> 血管疾患【脳梗塞、脳出血、心疾患】 <input type="checkbox"/> 認知症、精神疾患 <input type="checkbox"/> 整形外科疾患【骨折(膝・股関節・腰・その他： _____)、変形性関節症(膝・股関節)、 関節リウマチ、脊柱管狭窄症、腰椎症】 <input type="checkbox"/> 呼吸器疾患【肺炎、間質性肺炎、慢性閉塞性肺疾患、肺気腫】 <input type="checkbox"/> その他【 _____ 】
調査時の 留意事項	サービスの暫定利用について 開始日： _____ 月 _____ 日

●区分変更、要支援・要介護者新規の方のみ、以下の項目を確認してください

確認事項	<input type="checkbox"/> 介護度の見直しについてケアマネジャーと相談している。 <input type="checkbox"/> 介護度の変更によって介護サービスの利用料金が変更することを了承している。
------	--

●認定結果は、本人の住民票住所、もしくはあらかじめお届けいただいている送付先にお送りします
(送付先変更は別途届出が必要です) (令和6年6月作成)

市処理欄 (処理者： _____)

区分：新 更 区(良) 他(意前使用 調前使用) 備考：至 同
調査：市/(_____) 事務受託 委託(_____) 未定

認定調査について（アンケート） 記入者： **西宮 さくら**（本人との関係：**長女**）

被保険者氏名：**西宮 太郎**

介護保険被保険者番号：000**1234567**

（生年月日：**昭和00年 0月 0日**）

被保険者氏名及び生年月日は必ず記入してください。

日中の連絡先 (土・日・祝日を除く)	フリガナ ①氏名 西宮 さくら 続柄 長女	フリガナ ②氏名 西宮 すみれ 続柄 次女	(自宅) 06-XXXX-XXXX	調査同席 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
			(携帯) 080-XXXX-XXXX	調査同席 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし

ご都合が悪い曜日や時間帯があれば、記入してください。

調査日で都合が悪い曜日に×をつけていただくか、都合が悪い時間帯等をご記入ください。

	月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
前		9:30~11:00		×	
後	×			×	13:00~15:00

ご本人様の現在の居所

住民票住所（駐車場：あり なし）（マンション名：）

入院・入所中（入院・入所日：**令和1年 4月 20日**頃）
→ 退院・退所予定： 月 日頃 ・未定
→ 転院予定：**6月 1日**頃（転院先：**△△病院**）
病院/施設名 **〇〇病院** △棟 △階 △△号室

住所 **西宮市XX町〇〇-〇** 電話番号 **0798-XX-XXXX**

手術：なし / 予定（ 月 日） / 実施（**5月 1日**）

その他住所（例：家族宅など） ※マンション名もご記載ください。
住所

フリガナ氏名（続柄） 電話番号

●ご本人様の状態について記載をお願い致します

歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 杖や歩行器など	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> ねたきり
		<input type="checkbox"/> 時々失敗がある	<input type="checkbox"/> 声掛け、見守りが必要	<input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要
		<input checked="" type="checkbox"/> 日にちや予定を忘れる	その他症状（）	
		<input type="checkbox"/> リハビリ、訪問看護等のサービスを希望	<input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修、福祉用具購入・レンタル等を希望	
		<input type="checkbox"/> 介護保険施設等に入所中または入所を希望	<input type="checkbox"/> その他（）	

介護が必要な原因となる主な疾病等についてご記入ください。

認定結果が出る前に、サービスの利用を開始される場合は、こちらに開始日を記入してください。利用がなければ空欄でかまいません。

家族 独居 同居家族あり〔夫・妻・子・子の配偶者・他（）〕

疾病等 がん【治療中、末期】 血管疾患【**脳梗塞**、脳出血、**骨折**（**膝**）・股関節・腰・その他：関節リウマチ、脊柱管狭窄症、腰椎症】 呼吸器疾患【肺】 その他【

調査時の留意事項 **難聴のため筆談の対応が必要です。** サービスの暫定利用について
介護認定という言葉を使わないでほしい。本人には病名を未告知です。 開始日： 月 日

●区分変更、要支援・要介護者新規の方のみ、以下の項目を確認してください

確認事項 介護度の見直しについて 介護度の変更によって

介護度の見直しを希望される場合は必ずこちらの二点を確認し、チェックを入れてください。

●認定結果は、本人の住民票住所も送付先にお送りします

（送付先変更は別途届出が必要です）

（令和6年6月作成）

市処理欄（処理者：）

区分：新 更 区（良） 他（意前使用 調前使用）

備考：至 同

調査：市／（） 事務受託 委託（） 未定