

申請日	処理日	担当者
/	/	

調査票	意見書	請求書			
		新規	継続	在宅	施設

保険者記入欄

訪問調査依頼先

介護保険 要介護・要支援認定（新規・更新・区分変更・転入）申請書

宮古市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号																	
	医療保険 被保険者名・番号		医療保険 被保険者記号・番号・枝番																	
	フリガナ		生 年 月 日																	性 別
	氏 名		明・大・昭																	男 ・ 女
	住民票の住所	〒																		電話番号
	現在の認定区分	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																		
申 請 者	※14日以内に他自 治体から転入した者 のみ記入	転出元自治体(市町村)名〔 〕					現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日													
	変更の理由	※ 区分変更申請の場合のみ○で囲み、理由を記入してください。 改善・悪化 ()																		
	調査実施場所 ※入院中の場合は、 病棟名・階・号室まで 記入してください。	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> その他()																		
		施設・病院名等																		
	所在地	〒																	電話番号	
申 請 者	フリガナ																			
	氏名																		本人との関係	
	住所	〒																	電話番号	
代 行 申 請 者	調査への 同席者氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ					本人との関係												連絡 先 電話番号	
	事業所	該当に○(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・指定介護療養型医療施設) (住所・事業所名) 担当者氏名 電話番号																		
主 治 医	主治医氏名																		医療機関名	
	所在地	〒																	電話番号	

第二号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のみ記入※申請の際は医療保険証をお持ちください。

特定疾病名	
-------	--

【同意署名欄】

下記について、被保険者が心身の状態等により署名が出来ない場合は、被保険者本人の意思をご確認のうえ、代筆してください。
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、及び主治医意見書を、宮古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。また、火災・救急・その他災害時の救助情報として、関係機関に要介護認定情報を提供することに同意します。

本人署名

署名代筆者氏名

(本人署名を代筆した方の氏名をご記入ください。)

認定結果通知の 送付先 ※住所以外への送付を 希望する場合のみ記入	フリガ 氏名		本人との関係	
	住所	〒	電話番号	

申請から認定まで30日を超える場合の通知(延期通知)について省略しますので、ご了承ください。

■要介護・要支援認定の申請

○以下の①又は②の方で、介護保険のサービスを受けたい方は、「要介護・要支援認定申請書」により申請して下さい。

①65歳以上の方

②40～64歳で、特定疾病(初老期の認知症、脳血管疾患など老化に伴う病気等)の対象の方

○申請がありましたら、身体状況の調査等を行い、宮古地区介護認定審査会が審査します。

○審査に基づき、「要支援1～2」あるいは「要介護1～5」のいずれかの認定を受ければ、介護保険のサービスが利用できます。

■相談について お問い合わせ・申請・相談は、以下の居宅介護支援事業者でもお受けしています。

	事業所名称	電話番号	住所
1	あお空居宅介護支援センター	63-5519	向町2-34
2	かがやきケアセンター	65-0343	磯鶏西6-14
3	居宅介護支援事業所 ファミリー	65-7288	山口2丁目3-13
4	居宅介護支援事業所 メディケア	63-5217	崎鍬ヶ崎1-11-26
5	居宅支援センターあすも	77-5522	大通3-6-51
6	ケアプランセンター ほっとはーと	64-0606	田の神1-2-31
7	JAライフサポート介護支援センターみやこ	71-2213	千徳町5-37
8	指定居宅介護支援事業所あたご	65-6375	築地2丁目2-17
9	指定居宅介護支援事業所ケアセンターみやこ	65-8513	栄町5-31
10	指定居宅介護支援事業所サンホームみやこ	62-7011	崎鍬ヶ崎4-1-20
11	指定居宅介護支援事業所ほほえみ	64-1515	崎鍬ヶ崎9-39-27
12	心生会指定居宅介護支援事業所	76-2300	川井2-24-3
13	新和会指定居宅介護支援センター	62-3103	山口5丁目3-20
14	新里紫桐会居宅介護支援事業所	77-3857	茂市1-124-2
15	ニチイケアセンター宮古	71-2188	太田1丁目2-3
16	ハートランド宮古居宅介護支援事業所	77-5817	実田2丁目5-12
17	福寿草指定居宅介護支援事業所	63-6100	松山8-71-5
18	ふれあい荘在宅介護支援センター	88-1203	田老字養呂地6-2
19	宮古社会福祉協議会 宮古居宅介護支援事業所	64-5056	小山田2丁目9-20
20	宮古社会福祉協議会 新里居宅介護支援事業所	79-1030	茂市1-115-4
21	宮古社会福祉協議会 かわい居宅介護支援事業所	76-2310	川井2-165
22	宮古第一病院指定居宅介護支援事業所	71-2265	保久田8-37
23	ゆうゆう居宅介護支援事業所	77-3106	八木沢5-85-1

※施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設等)に入所している方については、施設も申請を代行できます。詳しくは施設へご確認下さい。

■申請の際に以下の書類等を用意して下さい

	申請にあたっての必要書類	
	65歳以上の方	40歳から64歳の方
介護保険 要介護・要支援認定申請書	必要	必要
介護保険の保険証	必要	不要 (但し、介護保険の保険証を持っている方は提出して下さい)
医療保険の保険証	必要	必要 (コピーをとりますので保険証をお持ち下さい)

■訪問調査・認定

○宮古市から委託された調査員が、申請者の身体状況の調査を行うため、あらかじめご連絡のうえ、お伺いします。

○原則として、申請から30日以内に、認定結果をお知らせします。

・「非該当(自立)」と認定された方は介護保険のサービスは受けられませんが、介護保険とは別に宮古市がサービスを用意しています。(詳しくはお問い合わせ下さい)

・「要支援1～2」あるいは「要介護1～5」と認定された方は、限度額を目安に介護保険のサービスを利用できます。

・サービスの利用にあたっては、介護支援専門員等と共に介護サービス計画書を作成する必要があります。詳しくは上の表の居宅介護支援事業者又は市役所介護保険課へお尋ね下さい。

■その他

○「要支援1～2」あるいは「要介護1～5」の認定有効期間は、原則として6ヶ月です。続けて介護保険のサービスを利用したい方は、更新申請を行う必要があります。

○認定有効期間内でも、身体の状況が大きく変わった場合は区分変更申請をすることができます。

○介護保険料を滞納すると、介護保険のサービスを受ける際に制限を受ける場合があります。

お問い合わせ先 宮古市役所 保健福祉部 介護保険課 62-2111