

介護保険 要介護（要支援）認定申請書 チェックリスト

提出前に、以下の項目の記載について確認をお願いします。

全員記入必須

①申請年月日（窓口へ提出、または郵送する年月日）は記入されていますか。 ※郵送による提出の場合、郵便物が到着し、 内容確認した日が申請日 になります	<input type="checkbox"/>
②申請区分（新規・更新・変更・転入）は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
③申請者氏名欄は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
④被保険者番号・個人番号・氏名・生年月日は記入されていますか。 ※被保険者番号・個人番号は不明であれば記入不要です	<input type="checkbox"/>
⑤医療保険欄（保険者名、保険者番号等）は記入されていますか。 ※75歳以上の方は、記号・枝番の記入不要です	<input type="checkbox"/>
⑥住所欄は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
⑭同意欄（本人署名の記載要）は記入されていますか。 ※ 本人署名欄を代筆した場合、必ず代筆者氏名・本人との関係の記載 をお願いします	<input type="checkbox"/>

新規申請者の記入欄

⑨過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入所・入院欄は記入されていますか。 ※現在入所・入院している場合は○年○月○日～入所中・入院中とお書きください	<input type="checkbox"/>
⑩住民票以外のお住まいにいる場合、備考欄は記入されていますか。 ※施設名または現在いらっしゃる住所等をお書きください	<input type="checkbox"/>
⑪訪問調査に立会う家族等（氏名・続柄・連絡先）は記入されていますか。 ※どうしても立会う方がいない場合、 立会いなし と記入してください	<input type="checkbox"/>
⑫主治医（主治医氏名、医療機関名、診療科目、医療機関住所・電話番号、 定期受診の有無、前回・次回の受診月 ）は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
⑬特定疾病名は記入されていますか。 ※第2号被保険者（40～64歳の方）のみ記入 第2号被保険者の場合、必ず健康保険証の写しの添付 をお願いします	<input type="checkbox"/>

転入者の記入欄

⑦-(2)前回の要介護認定結果等（転入者欄）は記入されていますか（受給資格証明書の有無等）。	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------

裏面につづく

更新申請者の記入欄

⑦-(1)前回の要介護認定結果等（状態区分・有効期間）は記入されていますか。 ※転入者欄は記入不要	<input type="checkbox"/>
⑨過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入所・入院欄は記入されていますか。 （現在入所・入院している場合は○年○月○日～入所中・入院中とお書きください）	<input type="checkbox"/>
⑩住民票以外のお住まいにいる場合、備考欄は記入されていますか。 ※施設名または現在いらっしゃる住所等をお書きください	<input type="checkbox"/>
⑪訪問調査に立会う家族等（氏名・続柄・連絡先）は記入されていますか。 ※どうしても立会う方がいない場合、 立会いなし と記入してください	<input type="checkbox"/>
⑫主治医（主治医氏名、医療機関名、診療科目、医療機関住所・電話番号、 定期受診の有無、前回・次回の受診月 ）は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
⑬特定疾病名は記入されていますか。 ※第2号被保険者（40～64歳の方）のみ記入 第2号被保険者の場合、必ず健康保険証の写しの添付をお願いします	<input type="checkbox"/>

変更申請者の記入欄

⑦-(1)前回の要介護認定結果等（状態区分・有効期間）は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
⑧変更申請の理由は記入されていますか。 ※ 状態の改善または悪化したかが分かるよう ご記載ください	<input type="checkbox"/>
⑨過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入所・入院欄は記入されていますか。 （現在入所・入院している場合は○年○月○日～入所中・入院中とお書きください）	<input type="checkbox"/>
⑩住民票以外のお住まいにいる場合、備考欄は記入されていますか。 ※施設名または現在いらっしゃる住所等をお書きください	<input type="checkbox"/>
⑪訪問調査に立会う家族等（氏名・続柄・連絡先）は記入されていますか。 ※どうしても立会う方がいない場合、 立会いなし と記入してください	<input type="checkbox"/>
⑫主治医（主治医氏名、医療機関名、診療科目、医療機関住所・電話番号、 定期受診の有無、前回・次回の受診月 ）は記入されていますか。	<input type="checkbox"/>
⑬特定疾病名は記入されていますか。 ※第2号被保険者（40～64歳の方）のみ記入 第2号被保険者の場合、必ず健康保険証の写しの添付をお願いします	<input type="checkbox"/>

申請についてご不明な点がございましたら、下記まで問い合わせてください。

※松戸市へ転入された方の介護保険のお手続きについては、

介護保険課 資格保険料班（下記と同じ電話番号）へ問い合わせください。

松戸市役所

介護保険課 認定審査班

TEL：047-366-7370