

各医療機関 院長様
医療ソーシャルワーカー 各位

熊本市長 大西 一史
（介護保険課扱い）

要介護認定申請に関するお願い

時下益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。また、日頃から本市の介護保険事業にご理解とご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本市では要介護認定の申請は、介護保険法第27条に基づき、ご本人、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等による代行申請を受け付けており、その他、ご本人の利便性を考慮し、ご家族やその他の代行者による申請も受け付けております。

これまでも医療ソーシャルワーカーの方などにより申請を支援していただいているところですが、改めて、申請方法やご留意いただきたい点について以下のとおりご案内申し上げます。

ご多忙のことと存じますが、引き続き要介護認定申請へのご支援と、貴院内での周知にご協力をお願い申し上げますようよろしくお願い申し上げます。

記

1 代行申請をお願いする理由

地域包括支援センター等が代行申請を行う場合、事前に申請者の意向や心身の状況を把握する必要があることから、特に入院中の場合など申請までに時間を要している。

また、申請者には日頃の関わりのある方からの意向の確認が望ましく、直近の心身の状況を把握している方によって記載された申請書（確認票）がより適正な審査につながるため。

2 申請に際しご留意いただきたい点

- ・申請は病状が一定程度安定した時点でお願いします。入院・手術直後は調査ができません（がんや臓器不全の末期の場合を除く）。調査内容と主治医意見書との状態像の乖離が生じ、認定審査会における判断の難しさの一因となる場合があります。
- ・地域包括支援センターの継続的な関与が必要と判断される場合（経済面や介護力等に課題がある場合を含む）や、退院が近く介護サービスの導入を含めた調整が必要な場合は、申請前に地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等へご相談ください。

3 申請様式や提出方法

申請書は各区役所福祉課窓口を設置しているほか、市ホームページからダウンロードしていただけます。

申請は各区役所福祉課、総合出張所の窓口への提出か、郵送による申請も可能です。

詳しくは市ホームページをご覧ください。

要介護認定申請 熊本市で検索



【この通知に関するお問い合わせ】

熊本市介護保険課 認定給付班

久富（ひさとみ）、岩下（いわした）

TEL) 096-328-2347

申請書の記載例

熊本市長 様 次のとおり申請します										個人番号																													
本人の介護保険被保険者証番号																																							
介護保険										☐ 要介護認定・要支援認定 ☒ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 申請書																													
被保険者番号										0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	申請年月日		2	0	×	×	年	3	月	1	日									
フリガナ										カイゴ ハル										生年月日		昭和10 年 1 月 1 日																	
被保険者氏名										介護 ハル										性別		男																	
住所										〒 860-8601 熊本市中央区手取本町1-1										電話番号		点線内は更新申請の場合のみ記入																	
被保険者証に記載された住所										熊本市中央区手取本町1-1										転出元市町村〔 市町村に要介護・要支援認定申請を申請中ですか。 ☐ はい ☐ いいえ																			
変更申請の理由										※区分変更申請の場合のみ記入 ☐ 介護の手間の増加 ☐ 介護の手間の減少																													
介護保険施設・医療機関等入院の有無(短期入所を除く)										施設名 熊本〇〇病院 入院・入所日 (年 △ 月 △ 日) 退院・退所予定 (△ 月 △ 日頃・未定)										所在地		〒 860-0001 熊本市中央区本丸1-1 点線内は入院・入所中の場合のみ記入																	
主治医										医療機関名 熊本〇〇病院 フリガナ ヒゴ ツバキ 主治医氏名 肥後 椿 電話番号 必須 (代表番号) 0000																													
医療保険										保険者名 ☐ 熊本県後期高齢者医療広域連合 ☐ 熊本市(国保加入の方) ☐ その他 () 被保険者証 記号 1234 番号 5678 枝番 0 1																													
※医療保険欄は病院などに提示する保険証を見てご記入ください。枝番は保険証に記載がない場合は記入不要です。																																							
届出者氏名										熊本 花子・熊本〇〇病院 電話番号 096 - 000 - 0000																													
届出者住所										〒 860-0001 熊本市中央区本丸1-1																													
本人との関係										☐ 本人 ☐ 3親等以内の親族(続柄:) ☐ 提出代行者 ☒ その他 (医療機関)																													
提出代行者										☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 記入不要										「その他」にチェック																			
ご担当者名・医療機関名										※医療ソーシャルワーカーや退院支援を担当する看護師等、 記載内容に関する問合せに対応できる方のお名前をお願いします										続柄																			
以下、熊本市使用欄										受付印																													
受付窓口										受付者										管轄区										申請入力									
☐ 中央区 ☐ 南区 ☐ 天明 ☐ 託麻																				☐ 中央区 ☐ 南区										資格者証									
☐ 東区 ☐ 北区 ☐ 城南 ☐ 幸田																				☐ 東区 ☐ 北区										意見書発送									
☐ 西区 ☐ 河内 ☐ 清水 ☐ 龍田																				☐ 西区										2号・至急									