

介護保険

要介護認定 ・ 要支援認定
要介護更新認定 ・ 要支援更新認定

申請書

申請年月日を必ず
記入してください

香南市長 様
次のとおり申請します。

申請者氏名	○ 南 ○ 子	申請年月日	R7 年 ○ 月 ○○ 日
		本人との関係	子
提出者代行 名 称	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・介護医療院)		
※ 申請者氏名	〒 781-○○○○ 電話番号0887-○○-○○○○ 携帯番号080-○○○○-○○○○ 香南市○○町○野 ○○○番地		

※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被 保 険 者	被 保 険 者 番 号		○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○										個 人 番 号												
	医 療 保 険	保 険 者 名											保 険 者 番 号												
		被 保 険 者 名	記 号											番 号		枝 番									
	フリガナ		マルミナミ マルオ										生 年 月 日		明・大・昭 ○○年 ○月 ○日 ○○歳										
	氏 名		○ 南 ○ 男										性 別		(男) ・ 女										
	住 所		〒 781-○○○○ 電話番号0887-○○-○○○○ 携帯番号090-○○○○-○○○○ 同 上																						
	前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等		※要介護・ 要支援更新 認定の場合 のみ記入	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	年 月 日 から 年 月 日																					
			※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)タテマツ												はい・いいえ 月 日									
	過 去 6 ヶ 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無		介護保険施設等の名称・所在地										期間		年 月 日 ~ 年 月 日										

※裏面の記入もお願いします

「更新認定」申請の場合
・介護状態区分や要支援状態区分欄は、現在
被保険者証に記載されている要介護・要支援
の状態区分の該当数字を○で囲んでください
また、有効期間も記入してください

主 治 医	主 治 医 の 氏 名	○○ ○○医師	医 療 機 関 名	○○病院
	所 在 地	〒 ○○市○		

①要介護・要支援認定には「主治医意見書」が必ず必要です。
事前に、主治医の氏名を確認しておいてください
②複数の医療機関に通院している場合は、介護を主要因として
通院している医療機関や主治医氏名を記入してください

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険者)

特 定 疾 病 名	
-----------	--

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、及び介護支援事業所・居宅サービス事業者等による介護保険施設の関係

同意内容をご確認の上
①被保険者本人がご記入の場合
本人氏名のみ記入してください
②代筆の場合
本人氏名と代筆者氏名を記入してください

本人氏名 ○ 南 ○ 男
(代筆者氏名) ○ 南 ○ 子

2号被保険者の場合は、健康保険証の
写しの提出が必要です。

記入例

手続きを円滑にするために、以下の欄の記入をお願いします。

調査場所	1. 自宅(住民票の住所地、施設等除く) 2. 病院・施設 〔名称: 〇〇病院 電話: 088-〇〇〇-〇〇〇〇 〕 3. その他〔住所: 〕
調査日の希望 ※調査は原則月曜日から金曜日(祝日除く) 9:00から16:00までに開始	1. なし 2. 月・水・金 曜日 10:00以降 (通院・サービス利用等の不在日 火・木はデイサービス参加) 調査日は月曜日から金曜日です。土日祝日は除きます。
調査立会者	1. なし 2. 申請者 3. その他〔氏名: 〕 日中の電話番号 (080) 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇 連絡可能時間帯 : ~
生活状況	1. 独居 2. 同居 (2は家族構成〔 本人、子夫婦の3人世帯 〕)
本人状況	認知 (有) 無) 難聴 (有) 無) 主な症病名 〔 腰椎圧迫骨折 〕 ※入院中の場合 急性期 (である ・ ではない)
主治医医療機関への受診日 ※在宅の方のみ記入	前 回 年 月 前回予定日 年 月
今回の申請理由	1. 新たに介護サービスを利用希望〔内容: 住宅改修、デイサービス 〕 2. 現在の介護サービスを継続利用希望 3. 主治医のすすめ〔利用希望サービス内容: 〕 4. その他〔 〕
その他留意すべき事項	

市 確 認 欄	番号確認	☐ 個人番号カード(身元確認不要) ☐ 通知カード ☐ 住民票(番号有) ☐ 住民基本台帳 ☐ 過去作成ファイル ☐ その他()	身元確認	☐ 運転免許証 ☐ パスポート ☐ マイナンバーカード ☐ 障害者手帳 ☐ 介護支援専門員証 ☐ その他()	
			2点以上	☐ 介護保険被保険者証 ☐ 公的医療保険の被保険者証 ☐ 年金手帳 ☐ その他() ☐ その他()	
	代理権確認	☐ 戸籍謄本 ☐ 委任状 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険帳簿(居宅サービス計画届出済) ☐ その他()	受付者		個人番号 記載者