

記入例

介護保険

- 要介護認定
- 要介護更新認定
- 要支援認定
- 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	R5年6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	
	氏名	○南 ○男		性別	○男・女 ○○歳	
	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
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間	年 月 日 から	年 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	転出元自治体(市町村)名	現在、転出(既に認定)	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	○有・無	医療機関等の名称等・所在地	○○病院・○○市○○町○丁目○番○号		期間	RO年 ○月○○日 ~ 年 月 日
医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日 ~ 年 月 日	

「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

※裏面の記入もお願いします

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

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出してください

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

るときであっても、現在の認定の有効期間内であれば、認定延

本人氏名 ○南 ○男
(代筆者氏名) ○南 ○子

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: ○○病院 電話:088-○○○-○○○○〕 3. その他〔住所: 〕	"一か月の入院見込み" ・入院中の場合、入院見込み期間が分かる場合は、空欄に記入してください
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)	
調査立会者	1. なし ②. 申請者 3. その他〔氏名: 日中の電話番号 (080) ○○○○ - ○○○○ 連絡可能時間帯 : ~	・新型コロナウイルスの影響で面会制限のある医療機関等では、立会できない場合があります
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	「認知」については、認知症の診断がある場合や、ご家族の判断として認知症を感じられている場合は、「有」に○を入れてください
本人状況	認知 (有・③無) 難聴 (④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	「難聴」については、難聴の診断がある場合や、ご家族が難聴と判断される場合に「有」に○を入れてください
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	会話時の注意点として ①対面で大きめに話す ②耳元で大きめに話す ③筆談を必要とする ④その他等を空欄に記入してください
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	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(身元確認不要) <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 住民基本台帳 <input type="checkbox"/> 過去作成ファイル <input type="checkbox"/> その他()	身元確認	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()
	代理権確認	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険帳簿(居宅サービス計画届出済) <input type="checkbox"/> その他()	受付者	2点以上 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 公的医療保険の被保険者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> その他()
				個人番号記載者