申請書記入例

❶ 40歳から64歳の方は、被保険者が加入している医療保険等について必ず記入してください。
65歳から74歳で医療保険が社会保険加入の方は、記入してください。
65歳以上は、国民健康保険、後期高齢者医療保険をご記入ください。

❷ 住民登録地

❸ 現在の介護状況区分（保険証を確認）を記入してください。

❹ 介護保険施設（短期入所を除く）、（介護付）有料老人ホーム、グループホーム等に入居されている場合は記入してください。

❺ 病院に過去6月間に入院されている場合に記入してください。

❻ 家族、親族等の申請の場合は被保険者から見た関係をご記入ください。
業者からの申請の場合は該当に〇を記入してください。

❼ 定期的に受診されている医療機関（かかりつけ医）に意見書を記入してもらえるか確認してください。
主治医名はフルネームを記入してください。

（様式第１号）

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

御前崎市長 様

次のとおり申請します。　申請年月日　令和 〇 年 〇 月 〇 日

被保険者

介護保険被保険者番号	0000〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療保険 保険者名 ❶	〇〇〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
医療保険 被保険者記号・番号	記号 〇〇〇〇〇〇〇	番号 〇〇〇	枝番 〇〇
フリガナ	オマエザキ　ナミタロウ	生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日
氏名	御前崎　なみ太郎	性別	(男)・女
住所 ❷	〒〇〇〇〇－〇〇〇〇 御前崎市〇〇　〇〇番地	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
前回の要介護認定の結果等 ❸	※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
		有効期限	令和 〇年 〇月 〇日 から 令和 〇年 〇月 〇日
	※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）名（　）	
		現在、転出先自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。（既に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	令和　年　月　日
過去６月間の介護保険施設、医療機関等への入所の有無 ❹	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地 市立御前崎総合病院 ❺	期間	〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日
	(有)・無 医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日

提出代行者

名称 ❻	該当に〇（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・介護医療院） 御前崎　ふう子	姉
住所	〒〇〇〇〇 － 〇〇〇〇 御前崎市池新田　〇〇番地	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

主治医

主治医の氏名 ❼	〇〇　〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
所在地	〒〇〇〇〇 ― 〇〇〇〇 御前崎市〇〇　〇〇番地	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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、主治医意見書、御前崎市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、御前崎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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

❽ 本人氏名　御前崎　なみ太郎

裏面の記入をお願いします。⇒

❽ 同意内容をお読みいただき本人（認定を受けようとしている方）が署名してください。
本人による記入が困難な場合は代筆することができます。

※ 誤記等があった場合には、二重線で訂正してください。
（訂正印は不要です。）修正液は使用不可。
また、鉛筆、消えるペンで書いた申請書は受付できません。

調査用補票記入例

要介護（要支援）認定申請書　調査用補票

※ 要介護認定調査のため、調査員がご自宅（施設・病院）等を訪問し心身の状況等を伺います。

■認定調査の訪問先

☑被保険者と同じ	訪問先が申請書の住所と違う場合は記入してください。 訪問先住所：
介護施設名又は医療機関名 ❾	電話番号

■調査当日の立会い者（調査対象者の日頃の状況を把握している方にお願いします。）

氏名	フリガナ 〇〇〇〇　〇〇〇〇	被保険者からみた関係（該当に〇）	家族（夫　妻　(子)）
	〇〇　〇〇		その他（　）
	連絡先電話番号（自宅・携帯）		施設職員・病院職員
	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		ケアマネジャー（居宅事業所名） 〇〇〇〇居宅

配慮が必要事項がありましたらを記入してください。例：耳の聞こえが良くない。 介護保険の調査と言ってほしくない。	駐車場の状況（軽自動車1台分の確保をお願いします。） (あり)・なし 駐車場がない場合の対応 例：近くに公共施設がある。空き地がある。

❾ 実施場所は原則として状況を把握できる場所とします。
病院・施設に入院入所し、そこで調査を行う場合は病院名、病棟、電話番号を記入してください。

■認定調査日について、都合の良い曜日、時間帯がありましたら記入してください。
午前は9時15分から10時、午後は13時15分から14時が開始時間となります。

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前	9:15	×	×	×	9:15
午後	×	×	×	×	13:15

主治医意見書の医師確認	☑連絡済み	最近の受診日	〇年 〇月 〇日 （受診日・予定日）

■ 更新申請の方は、有効期限終了の60日前より受付ができます。
郵送された**申請書**と**主治医意見書問診票**をご記入いただき提出ください。遠方の方は郵送申請も可能です。