

# 記入例

## 要介護・要支援 認定申請書 ( 新規・更新・**変更** )

香取市長様 次のとおり申請します。

申請日	△△年 ○○月 □□日	被保険者証	受・調・紛	資格者証	渡・調	保険料
申請者氏名	介護 太郎		を希望 る人宛に送ります。	被保険者 との関係	長男	
申請者住所	〒287-xxxx 香取市佐原口2127		電話番号		0478-△△-xxxx	
提出代行者 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)					

申請者欄は、実際に窓口へ申請書を持参(または郵送)する方の氏名を記入してください。

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	9 8 7 6 5 4 3 2 1 0 9 8
医療 保険	保険者名	〇〇組合	
	被保険者証 記号	987	番号
		123456789	枝番
		01	
フリガナ	カイゴ ハナコ		性別
		男	生年月日
氏名	介護 花子		満年齢
		女	88 歳
		明治 大正 昭和	〇〇年 xx月 △△日
住所	〒287-xxxx 香取市 佐原口2127		電話番号
		0478-	△△-xxxx
現在の 要介護認定	[要介護] ①・2・3・4・5	[要支援] 1・2	申請履歴 有・無
	[有効期間] 〇〇年 xx月 △△日 から 〇〇年 xx月 △△日		転入継続: 転出元市町村 ( )
申請の理由 (新規・変更の 場合)	状態悪化のため		
介護保険施設・ 医療機関等 入所入院の 有無 (短期入所は除く)	有 ⇒	[入院・入所 施設名]	〇〇病院
	無	[所在地]	
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅(上記の被保険者住所)	<input checked="" type="checkbox"/> 入所・入院先(上記の施設等)	
	<input type="checkbox"/> その他…住所: 電話番号:	必ずご希望に☑をしてください。 「その他」の場合は、詳細をご記入ください。	関係先名: 例: 長女〇〇宅、短期入所先〇〇〇など

現在、入所中や入院中の場合は、「有」に○をして、名称などを記入して下さい。短期入所は記入不要です。

主治医	医療機関名	〇〇病院	主治医氏名	千葉 一郎
	所在地	〒287-xxxx 香取市xx 1234	電話番号	
			区分	新在・継在 新施・継施

### ■ 2号被保険者(40歳から64歳)のみ記入

特定疾病名	脳血管疾患	申請時、介護を受けるかたが40歳~64歳の場合ご記入ください。
-------	-------	---------------------------------

### ■ 印 記 欄

- 介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護・要支援認定にかかると申請書に主治医意見書を添付し、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又は介護保険施設の関係者に提示する。
- 主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、要介護・要支援認定の結果を同医師へ提供すること。
- 申請から30日以内に認定がされない場合は、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意する。

★記入漏れにご注意ください。

(被保険者)  
本人氏名 介護 花子

### ■ 調査の立会いについて

家族・親族の 立会いが出来る場合	立会い者 氏名	介護 梅子	続柄	長男の妻	日中の 連絡先	090- □□□-△△△△
家族・親族の 立会いが出来ない場合 (施設や医療関係者など)	家族・親族に代り、 立会う方の氏名	調査時に立会いが可能なかたを、ご記入ください。調査日程は申請時(ま			被保険者 との関係	
	家族・親族に代り、 立会う方の連絡先					

### ※職員記入欄

申請者確認 免許証・保険証 調査日時 / ( ) :  
個人番号カード・その他( ) 調査員名