

記入例

介護保険 { 要介護認定・要支援認定 申請書 新規 更新
要介護更新認定・要支援更新認定 区分変更 転入
要介護認定

該当する事業所の種類にチェックをいれてください。

のとおり申請します。

実際に申請書を提出される届出人の氏名を記載してください。

申請者氏名 (事業所の場合は担当者名)	やまぐち たろう	申請年月日	令和 〇〇年 〇月 〇日
申請者氏名 (事業所の場合は担当者名)	山口 太郎	被保険者との関係	夫
(事業所用) 提出代行者 名称	<input checked="" type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院		
申請者住所	①〒753-XXXXX 山口市XXXXX●番X号 TEL 083-XXXX-XXXX (代行の場合、事業所の電話番号をご記入ください。)		

※事業所による代行申請の場合は、事業所名を記載してください

個人番号(マイナンバー)を記載してください。

被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
ふりがな	やまぐち はなこ	生年月日	明・大・昭 〇年 1月 1日
氏名	山口 花子	性別	男 ・ 女
住所	②〒 TEL		
前回の要介護認定結果等	非該当 要支援()・要介護()	有効期間	平成 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
変更申請の理由	※区分変更申請、要支援要介護新規申請の場合は、前回との変更点を具体的に記載してください。 例:骨折により車いすを使用するようになったため 認知症が悪化し、食事に声掛けを要するようになったため 等		
医療保険情報	<input checked="" type="checkbox"/> 山口市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他(保険者名: 記号・番号・枝番:)		
※入院・入所中の場合は記入してください	③病院・施設名 ◎◎病院 東病棟 6階 201号室 入院・入所年月日(H・R 〇〇年 〇月 〇日)		
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> ①申請者住所 <input type="checkbox"/> ②被保険者住所 <input checked="" type="checkbox"/> ③入院・入所中の施設等 <input type="checkbox"/> その他調査場所 (山口市)		
訪問調査希望日時	※ご都合の良い日程に○を付けてください 令和 年 月 日 (月 火 水 木 金) 9時30分 11時 14時 15時30分 午前 午後		
現在入院、入所している場合は記載してください。	令和 年 月 日		
訪問調査を受ける際の立会いについて○をしてください。	家族立会い (あり・なし) ケアマネ立会い (あり・なし)		

医療保険情報を記載してください。枠内記載の医療保険以外に加入されている場合、記号等の記載も必要です。

現在入院、入所している場合は記載してください。

訪問調査を受ける際の立会いについて○をしてください。

主治医	主治医の氏名	◎◎ ◎夫	医療機関名	◎◎病院
	所在地	〒 山口市◎◎◎◎1-1	TEL	083-〇〇〇-△△△△

特定疾病名	(2号被保険者の場合は記入)	関節リウマチ
-------	----------------	--------

前保険者名	(転入等により保険者変更)	入	(現在の認定状況について) 〇を記入
-------	---------------	---	--------------------

第2号被保険者(40~64歳)の申請は、特定疾病名の記載が必要です。

計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントの内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び必要があるとき、主治医意見書を、山口市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、主治医意見書に記載した医師、認定調査に従事した調査員へ提示することに同意します。

被保険者が手書きできない場合は代筆者の氏名(直筆)が必要です。

市確認欄 負担割合証 システム入力 被保険証回収 同時 資格者証発行

本人確認	番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)	代理権確認
<input type="checkbox"/> 通力	1点	<input type="checkbox"/> 個力 <input type="checkbox"/> 免 <input type="checkbox"/> 運経 <input type="checkbox"/> 旅 <input type="checkbox"/> 障手 <input type="checkbox"/> 在留	<input type="checkbox"/> 被保険者証
<input type="checkbox"/> 住民票(番号有)	<input type="checkbox"/> 住力(写真有)	<input type="checkbox"/> 社員証(写真有)	<input type="checkbox"/> 健康保険証
<input type="checkbox"/> 住基確認	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 戸籍等
<input type="checkbox"/> その他	2点	<input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住力(写真無)	<input type="checkbox"/> 委任状・委任欄
		<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 身元確認書類(本人)
			<input type="checkbox"/> その他

本人署名 山口 花子

(代筆者署名) 山口 太郎

※本人が手書きしない場合は、代筆者が「本人署名」、「代筆者署名」を手書きで記入してください。

窓口申請の際は、本人確認を行いますので、次の書類をご持参ください。

- 被保険者の介護保険被保険者証(第2号被保険者の新規申請の方は必要ありません)
- 提出者(窓口申請者)の公的証明書
※顔写真入りのもの1点または、顔写真のないもの2点
- 被保険者のマイナンバーカード(個人番号カード)または、通知カード
※通知カードに記載された氏名や住所などに変更がない限り、番号確認書類として利用できます
- 被保険者以外の代理人が申請する場合は、代理権が確認できるもの
(例)委任状、被保険者の公的証明書の原本など
- 医療保険の加入関係が確認できるもの(第2号被保険者のみ)