

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 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●月××日
申請者氏名	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 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 ※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。
申請者住所	①〒753-XXXX 山口市XXXXX●春X号 TEL 099-XXXX-XXXX (代行の場合、事業所の電話番号をご記入ください。)		

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 ※□にチェックしてください	<input checked="" type="checkbox"/> 山口市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 山口市夜間期間別医療保険 <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 ×月 △日)		
訪問調査場所 ※□にチェックしてください	<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) 家族立会い (あり・なし) ケアマネ立会い (あり・なし)		
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 現在入院、入所している場合は記載してください。 (月 火 水 木 金) 9時30分 11時 14時 15時30分 (午前 午後)		

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 083-000-△△△△

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) (現在の認定状況について、○を記入)	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。
介護主治医	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。	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職員、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者、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による判定結果・意見、取得した心身の状況等の情報に基づき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も含む。)ことに同意します。

市確認欄	<input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> システム入力 <input type="checkbox"/> 被験証回収 <input type="checkbox"/> 同時 <input type="checkbox"/> 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"/> 顔力 <input type="checkbox"/> 通力 <input type="checkbox"/> 住民票(番号有) <input type="checkbox"/> 住基確認 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2

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)