

記入例

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
要介護認定変更 } 申請書 新規 更新
 区分変更 転入

該当する事業所の種類にチェックをいれてください。

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
申請者住所	山口 太郎	被保険者との関係	夫
(事業所用) 提出代行者名称	※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		
申請者住所	①〒753-XXXXX 山口市XXXXXX●番×号	TEL	083-△△△△△

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〒753-0000 山口市龜山町〇-△	TEL	083-XXX-〇〇〇〇
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		
※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	<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	令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()	令和 年 月 日 ()
※ご都合の良い日程に○を付けてください	9時30分 11時	9時30分 11時	9時30分 11時
(月火水木金)	14時 15時30分	14時 15時30分	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。

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-△△△△

2号被保険者のみ記入 (40歳から64歳の医療保険加入者)	特定疾病名	関節リウマチ
医療保険者名	山口市	医療保険被保険者証記号番号
		山3・XXXXXX

前保険者名	(転入等により保険者変更の場合は記入)	(現在の認定状況についていずれかに○を記入) ※申請中の場合は申請日も記入 (申請日:令和 年 月 日)
		認定済・申請中

第2号被保険者(40~64歳)の申請は特定疾病名及び医療保険者情報の記載が必要

計画又は介護予防サービス計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントのために必要があるとき、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・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、主治医意見書を記載し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

番号確認(本人)	身元確認(本人/代理人)	代理権確認
<input type="checkbox"/> 個力 <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"/> 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"/> 住力(写真有) <input type="checkbox"/> 社員証(写真有) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 保 <input type="checkbox"/> 介 <input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 住力(写真無) <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 被保険者証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 戸籍等 <input type="checkbox"/> 委任状・委任欄 <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(2号被保険者の新規申請の方は必要ございません)
- 提出者(窓口申請者)の公的証明書
※顔写真入りのもの1点(運転免許証など)または、顔写真のないもの2点(健康保険証など)
- 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(健康保険証、介護保険被保険者証)