# 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 } 申請書　☐ 新規　☐ 更新　☐ 区分変更　☐ 転入

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。

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。

| | | | |
|---|---|---|---|
| | やまぐち　たろう | 年月日 | 令和　○○年　●月　××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 | ☐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）<br>※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-××××<br>山口市××××××●番×号　TEL 08[illegible]△△-○○○○<br>（代行の場合、事業所の[illegible]話番号をご記入ください。） | | |

個人番号（マイナンバー）を記載してください。

| 被保険者 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 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　○年　1月　1日 |
| 氏名 | 山口　花子 | | 性別 | 男　・　女 |
| 住所 | ②〒<br>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 令和　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。<br>例：骨折により車いすを使用するようになったため<br>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 | ☑山口市国民健康保険 ☐山口県後期高齢者医療保険 ☐[illegible]<br>☐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<br>◎◎病院　東病棟　6階　201号室　入院・入所年月日（H・R　○○年　×月　△日） | | | |
| 訪問調査場所 ※☐にチェックしてください | ☐①申請者住所　☐②被保険者住所　☑③入院・入所中の施設等<br>☐その他調査場所<br>（山口市　） | | 家族立会い　（あり・なし）<br>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（　）<br>9時30分　11時<br>14時　15時30分 | | 令和　年　月　日（　）<br>14時　15時30分 | |

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 | 〒<br>山口市◎◎◎◎1－1　TEL 083-○○○-△△△△ | | | |

| | | |
|---|---|---|
| 特定疾病名 | （2号被保険者の場合は記入） | ※医療保険被保険者証の写を添付してください。<br>関節リウマチ |
| 前保険者名 | （転入等により保険者変 | （現在の認定状況について[illegible]れかに○を記入）<br>※申請中の場合は申請日も[illegible] |

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。

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[illegible]計画の作成若しくは介護予防ケアマネジメントの[illegible]要があるときは、要介[illegible]、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主[illegible]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、主治医意見書を記載し[illegible]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。

市確認欄　☐負担割合証　☐システム入力　☐被険証回収　☐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 |
|---|---|---|---|
| | ☐個力<br>☐通力<br>☐住民票（番号有）<br>☐住基確認<br>☐その他 | 1点　☐個力　☐免　☐運経　☐旅　☐障手　☐在留<br>☐住力（写真有）　☐社員証（写真有）<br>☐その他<br>2点　☐保　☐介　☐年金　☐住力（写真無）　☐社員証<br>☐その他 | ☐被保険者証<br>☐健康保険証<br>☐戸籍等<br>☐委任状・委任欄<br>☐身元確認書類（本人）<br>☐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。

1. 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）
2. 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）
3. 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
4. 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）