

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 ☐ 部分変更 ☐ 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	☒ 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 ※□にチェックしてください	☒ 山口市国民健康保険 ☐ 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 ※□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 ☐ 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 9時30分 11時 14時 15時30分 (月 火 水 木 金) 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。

主治医の氏名	◎◎ 〇夫	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) ※医療保険被保険者証の写を添付してください。 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、()に○を記入) ※申請中の場合は申請日
-------	---

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。

市確認欄 ☐ 負担割合合証 ☐ 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
☐ 顔力 ☐ 通力 ☐ 住民票(番号有) ☐ 住基確認 ☐ その他	1点 ☐ 顔力 ☐ 免 ☐ 運転証 ☐ 旅 ☐ 障手 ☐ 在留 ☐ 住力(写真有) ☐ 社員証(写真有) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等 ☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ その他	☐ 被保険者証 ☐ 健康保険証 ☐ 戸籍等 ☐ 委任状・委任欄 ☐ 身元確認書類(本人) ☐ 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)