

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・要支援認定区分変更

申請書

三豊市長 様  
次のとおり申請します。

個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0	
申請年月日	令和〇〇年 〇月 〇〇日												
申請者氏名	三豊 花子											本人との関係	妻

提出代行者名	該当に〇 (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) 本人申請：氏名を記入してください。 家族等による代理申請：申請者氏名、本人との関係、住所、電話番号を記入してください。 (施設職員による代理申請の場合は、来庁職員名・本人との関係・施設名称・所在地・電話番号) 事業所による代行申請：事業所の名称、住所、電話番号を記入してください。											
申請者住所	〒 三豊市高瀬町下勝間2373番地1 電話番号 0875-73-3017											

介護保険被保険者番号	9876543210												*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要				
医療保険被保険者証	記号	医療保険に関する情報を記載してください。										12345678	枝番				
フリガナ	ミトヨ タロウ												生年月日	昭和〇年〇月〇日	性別	男	
氏名	三豊 太郎												住所	〒 767-8585 三豊市高瀬町下勝間2373番地1 電話番号 0875-73-3017			
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	介護 1 現在要介護・要支援認定を受けていれば記入してください。											有効期間	〇年〇月〇日	から	〇年〇月〇日	
	*14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「はいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日															
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地 特別養護老人ホーム 〇〇 期間〇年〇月〇日～ 年 月 日												期間 年 月 日～ 年 月 日				
	医療機関等の名称等・所在地 △△病院 三豊市高瀬町 期間〇年〇月〇日～〇年〇月〇日												期間 年 月 日～ 年 月 日				
有・無	入院入所所有を選択した場合は、施設・病院等の情報と期間を記入してください。												年 月 日				

主治医	医療機関名	〇〇医院										主治医の氏名	〇〇 △△	
	所在地	三豊市豊中町本山甲201番地1 電話番号 0875-62-1000												

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	脳梗塞											
-------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、三豊市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービスセンター等に提出することになります。若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は

- ・40歳～64歳の方のみ記入が必要です。
- ・医療保険の保険証の写しを添付してください。

本人氏名 三豊 太郎  
代理者氏名 三豊 花子

本人氏名を自署してください。  
記入が難しい場合は、代筆してください。

記入例

要介護認定申請受付票

被保険者氏名	三豊 太郎	申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入
--------	-------	------	--

調査対象者の状況

生活の状況	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖等につかまって歩く <input type="checkbox"/> 歩行できない 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 着替え <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要 食事 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> 全て介助が必要
認知症の症状	<input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> 時々物忘れする <input type="checkbox"/> 物忘れが多い
主な疾患名	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">次回受診日がかなり先の場合、 早めの受診をお願いします。</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">定期受診がない場合は、 受診をお願いします。</span> )
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 定期受診中 (次回受診 月 日頃 科) <input type="checkbox"/> 定期受診なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所中
利用中の介護サービス (複数回答可)	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
利用したいサービス (複数回答可)	<input type="checkbox"/> 家事援助 <input type="checkbox"/> 身体介護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項	<ul style="list-style-type: none"> <li>●新規の場合：現在の状況(独居・同居・歩行・食事・トイレ・風呂・物忘れ等)を記入してください。</li> <li>●更新の場合：前回と変わらない場合は「変わりなし」と記入。変わった場合は、具体的に記入してください。</li> <li>●変更申請の場合：担当ケアマネや施設職員と変更申請の相談を先に行ってください。いつ付かで申請するかよく確認してください。なぜ変更申請をするか理由を具体的に記入してください。</li> </ul> ※入院中の場合は、何の病気で入院したか、現在の治療状況等、わかる範囲で記入してください。
送付先変更の希望	<input checked="" type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する (「送付先変更届」の要作成)

認定調査について

調査の同席者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (氏名 <b>三豊 花子</b> 本人との関係 <b>妻</b> )																		
昼間連絡先	000 - 1234 - 5 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">送付先を変更する場合は、 別紙『送付先変更届』も 提出してください。</span>																		
調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 (駐車場 有・無) <input type="checkbox"/> 介護施設 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 (退院予定日 ○月○日頃) 名称や住所 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院未定の場合「未定」と記入してください。</span> 病院名・病棟 <b>〇〇病院〇〇〇号室</b> TEL <b>0875-73-3017</b>																		
調査日	<input type="checkbox"/> いつでも良い <input type="checkbox"/> 希望あり (希望に添えない場合もあります。) <table border="1" style="margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th>時間帯/曜日</th> <th>月</th> <th>火</th> <th>水</th> <th>木</th> <th>金</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>9:00~12:00</td> <td>デイ</td> <td>×</td> <td></td> <td>デイ</td> <td></td> </tr> <tr> <td>13:00~15:30</td> <td>デイ</td> <td></td> <td>×</td> <td>デイ</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	時間帯/曜日	月	火	水	木	金	9:00~12:00	デイ	×		デイ		13:00~15:30	デイ		×	デイ	
時間帯/曜日	月	火	水	木	金														
9:00~12:00	デイ	×		デイ															
13:00~15:30	デイ		×	デイ															
認定調査員に伝えたいこと	本人には病気のことは伝えていないので、本人の前で病気の話をしないでください																		

(受付担当者記入欄)

受付者	個人番号確認書類 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票等 <input type="checkbox"/> その他 ( )
申請者確認書類	1点のみで可 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳等 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 2点確認必要 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 医療保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険納入通知書 <input type="checkbox"/> 長寿手帳 <input type="checkbox"/> 包括・事業所の職員証 <input type="checkbox"/> その他 ( )