（記入例）更新/新規申請書

要介護認定・要支援認定 / 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

香[illegible]

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇 年 〇 月 〇 日

被保険者	介護保険被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	医療保険 保険者名	三豊市後期高齢者医療										保険者番号	39372081											
	医療保険 被保険者記号・番号	記号										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												
	氏名	三豊 太郎										性別	男 ・ 女												
	住所	〒 767-8585 三豊市高瀬町下勝間2373-1																							
	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	要介護状態区分 1 2 3 4 5										要支援状態区分 1 2												
			有効期間 令和〇 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。 はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日																						
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒 特別養護老人ホーム ●●荘											期間 〇年〇月〇日～												
		介護保険施設等の名称等・所在地 〒											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												
	有・無	医療機関等の名称等・所在地 〒											期間 年 月 日												

提出代行者	名称	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・介護医療院) 三豊 花子　　本人との関係（ 妻 ）
	住所	〒 767-8585 三豊市高瀬町下勝間237

主治医	主治医の氏名	□□ △△	医療機関名	□□病院
	所在地	〒 767-0000 三豊市豊中町本山甲00番地0		

第二号被保険者(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[illegible]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[illegible]審査会による判定結果・意見、主治医意見書、三豊市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サー[illegible]施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三豊市から地域包[illegible]ス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支[illegible]密着型介護予防サービス事業者の関係人、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又は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を含む。)ことに同意します。

本人氏名 三豊 太郎
代理者氏名 三豊 花子

自署してください。

・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。

医療保険に関する情報を記載してください

要介護・要支援認定を受けていれば記入してください

入院入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。

本人申請：氏名を記入してください。
家族等による代行申請：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。

主治医意見書の記入を依頼する医師名、医療機関名を記入してください

（記入例）変更申請書

要介護認定・要支援認定区分変更申請書

次のとおり申請します。

申請年月日　令和○　年　○　月　○　日

被保険者	介護保険被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0	9	8
	医療保険 保険者名	三豊市後期高齢者医療										保険者番号	39372081											
	被保険者記号・番号	記号										番号	12345678							枝番				
	フリガナ	ミトヨ　タロウ										生年月日	昭和○年○月○日											
	氏名	三豊　太郎										性別	男 ・ 女											
	住所	〒 767-8585 三豊市高瀬町下勝間2373-1																						
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2																						
		有効期間　令和○　年　○　月　○　日　から　○　年　○　月　○　日																						
	変更申請の理由	※変更申請に至った経緯・理由を記入してください。																						
	過去6月間の介護保険施設,医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 〒																						
		期間　年　月　日～　年　月　日																						
		介護保険施設等の名称等・所在地 〒																						
		期間　年　月　日～　年　月　日																						
		医療機関等の名称等・所在地 〒																						
		期間　年　月　日～　年　月　日																						
	有・無	医療機関等の名称等・所在地 〒　▲▲病院　三豊市高瀬町																						
		期間　○年○月○日～○年○月○日																						

現在の介護度、有効期間を記入してください

入院入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

提出代行者	名称	該当に○（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・介護医療院） 三豊　花子
	住所	〒 767-8585 三豊市高瀬町下勝間2373

本人申請：氏名を記入してください。
家族等による代行申請：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。

主治医	主治医の氏名	○○　△△	医療機関名	○○病院
	所在地	〒 豊中町本山甲00番地0		

主治医意見書の記入を依頼する医師名、医療機関名を記入してください

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病	脳梗塞

・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。

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、主治医意見書、三豊市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画、介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、三豊市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護予防サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス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人、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又は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を含む。）ことに同意します。

自署してください。

本人氏名　三豊　太郎
代理者氏名　三豊　花子

（記入例）受付票（更新・新規・区分変更共通）

介護認定申請受付票

被保険者氏名	三豊　太郎	申請区分	☐新規　☑更新　☐区分変更　☐転入

調査対象者の状況

生活の状況	歩行　☐自立　☑杖等につかまって歩く　☐歩行できない 排泄　☐自立　☑一部介助が必要　☐全て介助が必要 着替え　☐自立　☑一部介助が必要　☐全て介助が必要 食事　☑自立　☐一部介助が必要　☐全て介助が必要
認知症の症状	☐特になし　☑時々物忘れする　☐物忘れが多い
主な疾患名	☐なし　☑あり（脳梗塞　※既往歴を記入してください
かかりつけ医	☐定期受診中（次回受診　月　日頃　科）☐定期受診なし　☑入院・入所中
利用中の介護サービス（複数回答可）	☑訪問介護　☐通所介護　☐施　※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
利用したいサービス（複数回答可）	☐家事援助　☐身体介護　☐デイサービス　☑福祉用具　☑住宅改修 ☐施設入所　☐その他（　）
特記事項	※現在の状況、困りごと、申請に至った経緯などお書きください。
送付先変更の希望	☑しない　☐する（「送付先変更届」の要　※認定結果が郵便で届きます。住所地以外への送付を希望される場合は「送付先変更届」も提出してください

認定調査について

調査の同席者	☐無　☑有（氏名 ふりがな　みとよ　はなこ　三豊　花子
昼間連絡先	090-0000-0000　※認定調査の日程調査をしますので、日中に連絡のつきやすい電話番号を記入してください
調査の場所	☐自宅（駐車場☐有　☐無）　☐介護施設　☑病院（退院予定日　○月　○日頃）
名称や住所 病院名・病棟	○○病院　●●号室　※退院未定の場合「未定」と記入してください
調査日	☑いつでも良い　☐希望あり（希望に添えない場合もあります。）

本人や同席者の都合が悪い曜日に×やデイと記入してください

時間帯／曜日	月	火	水	木	金
9:00~12:00					
13:00~15:30					

認定調査員に伝えたいこと	（例）本人には病気のことは伝えてないので、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　☐個人番号カード　☐通知カード　☐個人番号が記載された住民票等　☐その他（　）
申請者確認書類	1点のみで可	☐個人番号カード　☐運転免許証　☐身体障害者手帳等　☐介護支援専門員証　☐その他
	2点確認必要	☐介護保険被保険者証　☐医療保険証　☐介護保険納入通知書　☐長寿手帳　☐包括・事業所の職員証　☐その他