

申請区分：該当する
申請に○を付ける。

介護保険

要介護認定・要支援認定

申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

上天草市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年○○月○○日

被 保 険 者	被保険者番号		○○○○○○○○○○○○○○○○○○										個人番号		○○○○○○○○○○○○○○○○○○									
	医 療 保 険	保険者名	□□□□										保険者番号											
		被保険者証	記号	□□□					番号	○○○○														
	フリガナ		カミアマクサ タロウ										生年月日											
	氏 名		上天草 太郎										年 齢		○○歳		性 別		男・女					
	住 所		〒○○○-○○○○ 上天草市 ×××町×××○○○										番地											
													電話番号		○○○-○○○○-○○○○									
	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																			
			※4日以内に 他自治体から 転入した者の み記入		有効期間 年 月 日 から 年 月 日																			
					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・医療機関等の入所・入院の有無		介護保険施設の名称等・所在地										期間		○○年○○月○○日～ 年 月 日										
		介護保険施設の名称等・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										期間		年 月 日～ 年 月 日										

必ず加入医療保険の情報を記入し、医療保険資格確認書の写しを添付する。
2号被保険者の場合は・特定疾病名（下部にあります）も記入する。入所・入院
履歴があれば
「有」に○をし、
記入する。

○○○ 病院

有

申請者氏名	上天草 花子	被保険者との関係	妻
申請者住所	〒○○○-○○○○ 上天草市××町×× ○○○番地	電話番号	○○○-○○○○-○○○○
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） 事業所の提出代行の場合は、事業所名を必ず確認する。		

主 治 医	主治医の氏名	熊本 三郎	医療機関名	○○○病院
	所在地	〒○○○-○○○○ 上天草市××町×× ○○○番地	電話番号	○○○-○○○○-○○○○

*第二号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	□□□□
-------	------

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会（審査員）に主治医意見書を、市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅介護支援事業所、指定介護療養型医療施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提出する。本人が記入できない場合は、本人の氏名（署名）を記入する。

（更新申請の場合のみ）申請書の提出後、認定結果が変更となる場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。

市記入欄	入力年月日	被保険者証	資格者証
		回収・未回収	発行・未発行

本人氏名（署名） 上天草 太郎

代理者氏名（署名） 上天草 花子

認定調査用事前アンケート

記入例

※このアンケートは認定調査を円滑に実施するために、ご記入をお願いしているものです。
該当する□に✓あるいは○で囲み、必要事項等のご記入をお願いします。

被保険者氏名：【 上天草 太郎 】

1 認定調査における同席について

同席希望：(有) ・ 無 ←有の場合には同席者氏名、電話番号を必ずご記入ください。

同 席 者：【氏名：上天草 花子 】【続柄： 妻 】

電話番号：【 】

※昼間連絡のとれる連絡先、できれば携帯電話番号をご記入ください。

2 被保険者の所在について

☐ 自宅

☐ 自宅以外（住民票上の自宅以外の家に滞在している。）※↓に住所等をご記入ください。

【住所： 方 】

☒ 医療機関【病院名： □□□病院 病棟 ○階 】【病名： 骨折 】

☒ 手術をした（ ○○年○○月○○日、手術部位： 右大腿骨 ）

☐ ICUで治療中

☐ リハビリを開始

☐ 退院予定日（ 月 日頃）

☐ 介護保険施設等【施設名： 】

3 認定調査の日程調整について

日ごろ不在で調査できない日に×印を記入してください。

	月	火	水	木	金
午前	×		×		×
午後					

※基本的な調査開始時刻は、午前9時30分、午前10時30分、午後1時30分となります。

4 被保険者の状態について

認 知 症：ある ・ (なし)

意 思 疎 通：困難 ・ (できる)

日中の生活：ねたきり ・ (部屋の中での生活) ・ 外出できる（一人で ・ 介助必要）

5 第三者行為（交通事故等）の有無について

☐ 有 【事故の時期： 年 月 日】【事故の内容： 】

☒ 無

6 申請の理由

前もって調査員に伝えたいこと、現在困っていること等がありましたら記入して下さい。

住宅改修を希望します

【市記入欄】

申請書提出者：本人 / 代理人

番号確認書類： ☐ / ☐

身元確認書類： ☐ / ☐

代理権： ☐（代理人による申請の場合）

※個人番号を記載出来なかった場合の理由（ ）

※市が個人番号を住基等で検索し、記載することへの同意（ 同意する ・ 同意しない 印