

介護保険（要介護・要支援）認定申請書記入例（表面）

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

新規 更新 ①変更 転入継続

(宛先) 小牧市長

次のとおり申請します。

介護保険被保険者番号		0020000000	申請年月日	令和〇〇年〇〇月〇〇日
医療保険被保険者番号		0020000000	個人番号	0000000000000000
保険者名	愛知県後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39232194
記号	番号	〇〇〇〇〇〇	枝番	
フリガナ	コマキ タロウ		生年月日	明・大 昭 〇〇年〇月〇日
氏名	小牧 太郎			
住所	〒 485-〇〇〇〇 小牧市堀の内三丁目1番地		電話番号	0568-76-〇〇〇〇
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 5	要支援状態区分	1 2 事業対象者
	有効期間	令和〇年 〇月 〇日 から	令和〇年 〇月 〇日	
申請の理由	※新規・変更の場合のみ (例)骨折をして自分でできないことが増え、 普段の生活において介護が必要になったため。			
14日以内の転入者	転入前の市町村名	転入前に要介護認定申請をしましたか。		「はい」の場合の 申請日 令和 年 月 日
		はい・いいえ *既に結果通知を受け取っている場合は、「いいえ」を〇で囲んでください。		
介護保険施設、医療機関等入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有 無	入院・入所施設名 所在地 入院・入所中の場合は、有に〇をしてご記入ください。		
申請者氏名 (窓口に来られた方)	小牧 花子		本人との関係	妻
申請者住所	〒 485-〇〇〇〇 小牧市堀の内三丁目1番地		電話番号	0568-76-〇〇〇〇
提出代行者名称 (〇で囲んでください)	1. 居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 介護医療院 5. 地域包括支援センター (※提出代行者が提出する場合のみ)事業所名(施設名) 担当者名			
主治医の氏名	小牧山 治郎		医療機関名	小牧山クリニック
所在地	〒 485-×××× 小牧市堀の内〇丁目×番地		電話番号	0568-××-〇〇〇〇

2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	65歳未満の方は主治医に確認の上、特定疾病名を必ず記入してください
-------	-----------------------------------

申請に当たっては、

- 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、主治医意見書、小牧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並びに居宅サービス事業者又は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、小牧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。また、医療や介護の円滑なサービス提供のため必要があるときは、医療や介護の関係事業者が参加する小牧市医療・介護ネットワーク(こまきつながるくん連絡帳)において、医療・介護情報を共有することに同意します。
- 要介護認定・要支援認定の更新申請の場合で、現在受けている要介護認定・要支援認定の有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができるときは、当該認定が更新申請の日から30日を超える場合であっても、市が認定の延期に係る通知を省略することに同意します。

本人氏名 ⑧ 小牧 太郎

裏面もご記入ください →

①該当する申請区分にチェックしてください。

②介護保険被保険者証に記載の10桁の番号を記入してください。

③マイナンバーカードの番号を記入してください。わからない等、記入が困難な場合は空欄でも受付します。

④医療保険の内容を記入してください。加入中の医療保険に「記号」「枝番」がない場合はその項目は記入不要です。※不明な方は空欄のままご提出ください(40~64歳の方は必須項目となり、裏面にも記載欄があります)

⑤前回の認定結果を記入してください。新規申請の場合は記入不要です。

⑥提出代行者が窓口で申請する場合でも、申請者氏名は本人または家族としてください。

⑦主治医の氏名(フルネーム)、医療機関名を必ず記入してください。主治医欄は主治医に記入していただく必要はありません。(申請後、市から主治医に意見書の様式を送付します)

⑧本人の記入が困難な場合は、ご家族や提出代行者が本人名を記入してください。その場合、代筆者が本人に確認し記入したものとみなします。

介護保険（要介護・要支援）認定申請書記入例（裏面）

認定調査について

要介護・要支援認定のために、市職員もしくは市が委託した介護保険事業者の認定調査員がご自宅等を訪問して介護を必要とする方の心身の状態などについてお聞きします。調査の参考にさせていただきますので、下記太枠内をご記入ください。

申請区分	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	申請年月日	令和〇年 〇〇月 〇〇日
フリガナ	コマキ タロウ	被保険者番号	0 0 1 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇
氏名	小牧 太郎	生年月日	明・大・昭 〇年〇月〇日
訪問調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 本人自宅 <input type="checkbox"/> 入院・入所等施設 <input type="checkbox"/> その他 () 住所 小牧市堀の内三丁目1番地 病院・施設名 _____ 病棟 _____ 病名等 _____ 入院・入所日 _____ / 退院予定日 _____ / 相談員等担当者名 _____ 電話番号 _____ - _____		
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (場所: 自宅前)		
立会いの有無	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	立会い者氏名	本人との関係
	電話番号 0568- 〇〇 - ××××	9 小牧 花子	同居(別居(市内・市外))
申請についての連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 立会い者と同じ	氏名	本人との関係
	電話番号 _____ - _____		同居(別居(市内・市外))
サービスの利用について	利用中のサービスを○で囲んで、利用している曜日をサービス下空欄に記入してください。 訪問介護(ヘルパー)・訪問看護・デイサービス・通所リハビリ・短期入所・施設入所 小規模多機能型サービス(通い 10 泊まり・訪問) 火(午前)・木 福祉用具・宅改修・その他 ()		
	調査時に特に気をつけてほしいこと ※必要がある場合は、必ず記入してください。 ・別室での聞き取りを希望 <input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない ・筆談・通訳・手話の必要性 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・未告知の病名 _____ ・その他 (例) 自宅内で犬・猫を飼っている		

9 自宅で調査を行う方は、可能な限り普段の様子が見える方の立ち会いをお願いします。

10 利用しているサービスがある場合は、利用している曜日の記入もお願いします(調査の日程を決める際の参考にさせていただきます)

11 40～64歳は資格確認書の写しを右枠内に貼るか、こちらにご記入ください(必須項目となります)
65歳以上の方でこの項目について不明な方は空欄のままご提出ください。

※申請書には、介護保険被保険者証を添えて提出してください。

※本人の住所以外に認定結果を送付する場合には、介護保険発送先変更の届出が必要になります。

《医療保険証貼付欄》

※65歳以上の方 右の貼付欄に医療保険証の写しを貼り付けるか下記にご記入ください。		※40歳から64歳までの方 下の貼付欄に医療保険証の写しを貼り付けてください。	
医療保険被保険者氏名	11		
医療保険資格取得日	年 月 日		
《小牧市記入欄》			

期限切れ	前回非該当	連続	
備考			
受付	入力	保険証 紛失届済 調査時 回収済	資格者証 郵送 その他

予約日時	/ () :
立会い	
調査場所	
調査連絡先	
施設・病院にTEL	<input type="checkbox"/> 済
市・委託	<input type="checkbox"/> 済

保険料	なし・あり(資格保へ)
特記事項	なし・あり(資・給・認・調)
2号新規	同意なし <input type="checkbox"/> 却下時更新 <input type="checkbox"/>
在宅新規	
在宅継続	
施設新規	
施設継続	