

介護保険 <要介護・要支援> 【新規・更新・変更・転入】 認定申請書

小郡市長 様

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	本人との関係	
	提出代行者 (事業所が代行する場合記入) ※該当に○	地域包括支援センター 指定居宅介護支援事業所 指定介護老人福祉施設 介護老人保健施設 地域密着型老人福祉施設 介護医療院 ※いずれにも該当しない場合には委任状(任意の様式)の添付が必要です	事業所名
	住所等	〒 ー 電話番号 () - -	

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0	個人番号				
	医療 保 険	保険者名	国民健康保険・後期高齢者医療保険・未加入 その他() ※保険証の写しの添付でも可		保険者番号		
		被保険者番号	記号	番号	枝番		
	フリガナ 氏名	生年月日		大・昭	年	月	日
	住所等 □申請者と同じ	〒 ー		電話番号 () - -			
		性 別		男 ・ 女			
	前回の 要介護認定の 結果等	要介護区分	1・2・3・4・5		要支援区分	1・2	
		有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日				
		※14日以内に 他自治体から転入 した方のみ記入	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) (すでに認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」) 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日				
	現在の状態 (該当の□をチェック)	□在宅(住所地) □在宅(その他) □介護保険施設 □医療施設 □その他の施設	施設・病院名			病棟名	
所在地					電話番号		
入院(入所)日			退院(退所)・転院・予定日				
令和 年 月 日 から 令和 年 月 日							
変更申請の理由	1. 心身の状態が変わったため 2. その他 ()						

主治医 (意見書を依頼する医師) □郵送 □手渡し	医療機関名 □現在の状態と同じ	氏名
	所在地	電話番号

医療・福祉サービスの利用	訪問看護	☒ 有 ☐ 無	リハビリ	☒ 有 ☐ 無	その他 ()
--------------	------	--	------	--	---------

● 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						
訪問調査の立会い □申請者と同じ	☒ 有 ☐ 無	□同居家族 □別居家族 □その他(本人との関係:)		立会人氏名		
日程調整の連絡先 □申請者と同じ	氏名	本人との関係 ()	電話番号	調査できない日 (曜日)	駐車場の有無	☒ 有 ☐ 無
認定結果の通知 (該当の□をチェック)	□本人(介護保険被保険者証の住所) □申請者(□本人氏名非表示) □その他		その他に チェックの 場合記載	住所 〒 ー	宛名 本人との関係 ()	

● 同意事項

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、小郡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、小郡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。

市受付印

本人氏名(署名) (代筆者氏名) (本人との関係)

※署名は本人が直筆してください。本人が書くことができない場合は家族・親族の方が代筆してください。

認定調査決定日時	月 日 時 分	担当調査員	受付
----------	---------	-------	----

裏面もご記入ください

令和8年9月作成

認定申請書＜裏面＞

※該当する□にチェック

申請者(来庁者)	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他 () ☐ 事業者(事業所名) ()
日常生活で困っていること	

■希望する介護保険サービス

☐ 訪問介護(ホームヘルプサービス) ☐ 通所リハビリテーション(デイケア) ☐ 住宅改修費の支給 ☐ グループホーム ☐ 介護保険施設(特別養護老人ホーム、老人保健施設、療養型医療施設) ☐ サービスの利用を検討中	☐ 通所介護(デイサービス) ☐ (看護)小規模多機能型居宅介護 ☐ 福祉用具の貸与及び購入費の支給 ☐ その他 ()
---	--

■現在、利用している介護保険サービス

☐ 訪問介護(ホームヘルプサービス) ☐ 通所介護(デイサービス) ☐ 通所リハビリテーション(デイケア) ☐ (看護)小規模多機能型居宅介護 ☐ 住宅改修費の支給 ☐ グループホーム ☐ その他()	週	回	☐ 福祉用具の貸与及び購入費の支給 ☐ 介護保険施設 ☐ 現在、利用中のサービスなし
---	---	---	---

■現在、利用している介護保険以外のサービス

生きがいデイサービス(※新規申請のみ) ※利用者は利用している事業所名をご記入ください	☐ 利用	☐ 未利用	＜事業所名＞ ()
--	-----------------------------	------------------------------	---------------------------------

※小郡市記入欄(以下は記入しないでください)

身元確認書類	提出	☐ 本人 ☐ 代理 ☐ 代行 ☐ 郵便 ☐ その他()
【1点で確認】 ☐ 運転免許証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ 個人番号カード ☐ 障がい者手帳	個人番号確認	☐ 個人番号カード(写) ☐ 通知カード(写) ☐ 個人番号記載の住民票 ☐ システム確認 ☐ 個人番号記載なし
【2点で確認】 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護保険負担割合証 ☐ 健康保険被保険者証	代理権確認	☐ 法定代理人 ☐ 委任状等 ☐ 介護保険被保険者証等 ☐ その他 ()
【その他】 () ()	備考	