

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 XX 年 X 月 XX 日

① 申請者	フリガナ 氏名	オゴオリ タナバタ 小郡 セタ	本人との関係	長男
	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 介護老人保健施設 ※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	指定居宅介護支援事業所 地域密着型老人福祉施設 介護医療院	事業所名
	住所等	〒 838 - 0141 小郡市小郡255番地1	電話番号 (0942) - 72 - 0000	

被 保 険 者	②介護保険被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	③個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0			
	④医療保険 被保険者番号	記号	1 2	番号	3 4 5 6	枝番	7
	フリガナ 氏名	オゴオリ シラサギ 小郡 白鷺	生年月日	大 (昭) 〇〇 年 〇 月 〇 日	性 別	(男) ・ 女	
	住所等 ☑申請者と同じ	〒 - () - -	電話番号				
	⑥ 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 10 日 から 令和 ■ 年 ▲ 月 31 日				
	⑦ 現在の状態 (該当の口をチェック)	☐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	●○病院	病棟名	A棟502号	
		所在地	小郡市小郡○▲□番地	電話番号	72-○▲□▲		
		入院(入所)日	令和 ▲ 年 ● 月 1 日	から	退院(退所)・転院・予定日 令和 ■ 年 〇 月 15 日		
	⑧ 変更申請の理由	1. 心身の状態が変わったため 2. その他 ()					

⑨ 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	■□病院	氏名	■□ ○●
	所在地	小郡市小郡●○番地	電話番号	73-▲▲▲▲

⑩ 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

⑪ 特定疾病名					
⑫ 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	小郡 花火	
日程調整の連絡先 ☐申請者と同じ	氏名	本人との関係 (妻)	電話番号 080-●○●○-□■□■	調査できない日 (曜日)	水
認定結果の通知 (該当の口をチェック)	☑ 本人(介護保険被保険者証の住所)	その他に チェックの 場合記載	住所 〒 -		
	☐ 申請者(□本人氏名非表示)		宛名	本人との関係 ()	
	☐ その他				

● 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。

⑬ 本人氏名(署名) 小郡 白鷺 (代筆者氏名) 小郡 セタ (本人との関係) 長男

※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。

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

介護保険認定申請書の記入例&留意事項(表面)

①申請者

☆申請書を作成する方の情報を記入してください
☆提出代行ができる事業所は次のとおりです。
・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
※上記以外の事業所は、委任状が必要です。

被保険者

②介護保険被保険者番号
☆介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記載してください
③個人番号
☆個人番号カードに記載されている個人番号を記載してください
④医療保険
☆加入している医療保険の保険者名を○囲みし、保険者番号等を記入してください
⑤氏名・生年月日・性別・住所・電話番号
☆介護保険の認定を受ける被保険者の方を記入してください
☆住所・電話番号が申請者と同じ場合は、「住所等」の口には✓をいれるだけで結構です
⑥前回の要介護認定の結果等
☆更新・変更申請・転入の方は、前回の要介護認定結果を記入してください
★申請前14日以内の転入の方は、前の自治体での申請状況を記入ください
⑦現在の状態
☆該当する口には✓をいれ、在宅(住所地)以外の方は施設名等を記入してください
⑧変更申請の理由
☆変更申請の方のみ、いずれかに○をつけ、2の場合は()に内容を記入してください

※②③④が不明な場合は、空欄でも構いません

⑨主治医

☆主治医意見書を依頼する医療機関・医師の内容を記入してください
※かかりつけ医や入院先など、被保険者本人の介護の必要性を書いてもらえる医師を選んでください
※最後の受診から期間が空いている場合は意見書の記入が難しく、受診が必要になる場合があります
☆主治医意見書の様式は申請受付後、基本的に市から医療機関へ郵送します
受診等で近々医療機関へ行く予定がある方は、持参の協力をお願いしています

⑩医療・福祉サービスの利用

☆医療や障がい者福祉等で利用しているサービスがあれば、利用の有・無を記入してください

⑪特定疾病名(第2号被保険者=40歳から64歳の医療保険加入者のみ記入)

☆主治医に確認し、該当する特定疾病の名称を記入してください

⑫訪問調査の立会い

☆立会いの希望に○をつけ、立会人と家族の関係の口には✓を入れ、立会人氏名を記入してください
☆訪問調査の調整先となる方の氏名と本人との関係・電話番号・調査できない曜日を記入してください
☆調査員が軽自動車で調査に伺いますので、駐車場の有無に○を記入してください
☆認定結果通知等の送付先は、希望する口には✓を入れ、その他の場合は住所等を記入してください

⑬署名(介護サービスの利用に係る計画作成の等のための情報提供に関する同意)

☆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) ()
①日常生活で困っていること	歩行に困難があり、外出時は歩行器や杖を使用している。 服を自分で着たり脱いだりすることができないため、家族が介助している。 最近、物忘れなどが気になるようになってきた。

■希望する介護保険サービス ②

☐ 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 ③

☐ 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 週 2 回 週 回 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 ④

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	

介護保険認定申請書の記入例＆留意事項(裏面)

①日常生活で困っていること

☆「新規」もしくは「更新」の方
日常生活での困りごと、身体面や認知機能などの状況を記入してください

★「区分変更申請」の方

前回の認定を取得してから生じた身体面や認知機能の変化と、そのことによって生じている生活上の困りごとを記入してください

②希望する介護保険サービス

③現在、利用している介護保険サービス

④現在、利用している介護保険以外のサービス

☆いずれも該当する□にチェックを入れ、必要な事項を記入してください

介護保険認定申請に必要なもの

(1)要介護(支援)認定申請書

(2)介護保険・主治医意見書予診票

※主治医意見書を小郡・三井医師会の医療機関に依頼する方のみ記入してください

(3)介護保険被保険者証(原本)

(4)加入している医療保険と保険証番号がわかるもの(医療保険証・資格確認証など)

※マイナ保険証をご利用の方は、申請書提出時に上記の情報をお伺いします

(5)被保険者本人又は代理人の身元を確認できる書類

(6)被保険者本人のマイナンバーを確認できる書類

(7)代理権の確認ができる書類(被保険者本人以外による申請の場合のみ)

※(5・6・7)については、「介護保険申請にかかる個人番号の確認等について」を参照ください