

# 記入例

## 介護保険 要介護・要支援 認定／更新／変更 申請書

申請者は、  
窓口に来所  
された方です。

市長  
月日

該当する申請の種類に✓してください。

新規	更新	介護	変更

4 4 1 5  
年 月 日

変更申請の理由：

申請者氏名	焼津 花子		
本人との関係	長男の妻		
申請者住所	〒 425-0000	電話番号	
	焼津市本町0000		
訪問調査	立会者氏名： 焼津 太郎	本人との関係： 長男	昼間連絡のつく電話番号：090-0000-0000
(事業者記入欄) 申請手続代行	<input type="checkbox"/> 該当区分・・・レ点をつける <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他	提出代行業者名称

変更申請の場合は、心身の状態の悪化や改善の状況など、変更申請を行う理由を具体的に記入してください。

被保険者の普段の様子が分かる方の立ち会いをお願いします。

被保険者	介護保険被保険者番号	(被保険者証に記載) 000000				個人番号(マイナンバー:不明の場合は空欄)	0000000000				
	医療保険情報	<input type="checkbox"/> 焼津市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他(保険者名: 記号・番号・枝番)									
	フリガナ	ヤイツ イチロウ				性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女				
	氏名	焼津 一郎				生年月日	S 〇 年 〇 月 〇 日				
	住所	焼津市本町0000				電話番号	( 626-0000 )				
	前回の要介護認定の結果	支(介) ( 3 )				年 1 月 31 日 まで					

医療保険に関して、該当するものに✓してください。その他の場合は、保険者名、保険者番号、記号、番号、枝番を記入してください。

フルネームで記入してください。

主治医	主治医の氏名		
	所在地		
	最終受診日		

事前に、「主治医意見書」を記入して下さるか主治医に確認をとって要介護認定の申請をしてください。申請の受付後、市から主治医へ「主治医意見書」を送付します。

※ 被保険者が、医療機関や福祉施設などに入院・入所している場合に記入(短期入所を除く。)

・入院所	医療機関施設名		
	所在地		

被保険者が入院や施設に入所されている場合は記入してください。(ショートステイは除きます。)

※ 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の場合に記入(申請時に 医療保険証の写し をお持ちください)

特定疾病名			
-------	--	--	--

被保険者が65歳未満の場合は記入してください。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正実施の観点から、調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を焼津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又は介護保険施設の関係人、主治医又は調査員に提示することに同意します。また、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場合は、延期通知(法第27条 第11項の通知を言う。)を省略することに同意します。

本人氏名 焼津 一郎

市処理欄			
日程	/ ( )		
調査員	( 前回 : )		駐車場 自宅・( )
保険証回収   済・未	資格者証発行   済・未	主治医同意   有・無	計画届出   済 ( ) ・未
本人(代理人)確認   番号カード・免許証・専門員証 / 2点		介護証・割合証・医療証・他( )	代理権確認   介護証・委任状・他( )

被保険者のお名前を記入してください。