

記入例

介護保険 要介護・要支援 認定／更新／変更 申請書

新規	更新	介護	変更

申請者は、
窓口に来所
された方です。

該当する申請の種類に✓してください。

年 月 日

変更申請の理由：

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。

申請者氏名	焼津 太郎		
本人との関係	夫		
申請者住所	〒	電話番号	
	焼津市本町〇〇〇		
訪問調査	立会者氏名： 焼津 太郎 本人との関係： 夫 昼間連絡のつく電話番号： 090-〇〇〇-×××		
(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"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他		

被保険者の普段の様子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)	個人番号 (マイナンバー: 不明の場合は空欄)
	医療保険情報	<input type="checkbox"/> 焼津市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 静岡県後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 未加入 <input type="checkbox"/> その他 (保険者名: 記号・番号・枝番)
	フリガナ	
	氏名	
	住所	電話番号 ()
	前回の要介護認定	フィルネームで記入してください。 期限満了日 年 月 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。

主治医	主治医の氏名	医療
	所在地	
	最終受診日	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	日
	所在地	日

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

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な実施を図るため、調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、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、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、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、有効期間内に要介護認定・要支援認定を行う（以下を省略することに同意します。）

被保険者の署名又は記名・押印してください。

本人氏名