

**記入例**

盛岡市介護保険要介護認定・要支援認定申請書

[  新規申請  更新申請  区分変更申請  転入申請 ]

盛岡市長様  
次のとおり申請します。

提出者		氏名	介護一郎		被保険者との関係	長男	
		住所	〒020-0023 盛岡市内丸12-2		電話番号 019 ( 651 ) 4111		
提出代行者		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定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					
		担当者名		電話番号		( )	
		被保険者番号	0 0 0 0 9 9 9 9 9 9	個人番号			
		フリガナ	カイゴ ハナコ				
		氏名	介護花子		生年月日	明・大 昭 10年 4月 1日	
		住民票の住所	〒 -		電話番号 ( )		
		現在の認定区分	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5				
		変更申請の理由	有効期間 ○○年 ○○月 ○○日 から ○○年 ○○月 ○○日				
		調査実施場所	<input type="checkbox"/> 上記住所 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 入所中 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
		※自宅以外の場合(入院中の場合は、病棟名・階・号室まで記入してください。)	施設等名称	盛岡市立病院(〇〇病棟〇〇号室)			
			所在地	〒020-0866 盛岡市本宮五丁目15番1号			
		調査連絡先	※)できるだけ被保険者の普段の状態をお分かりになる方に調査時の立会いをお願いします。 連絡先(日中に連絡が可能なところ)				
		(フリガナ)	カイゴ イチロウ		自宅(携帯)	勤務先 [名称: ]	
		同席者氏名	介護一郎		電話番号	080 (****) ****	
		本人との関係	長男				
		【調査に関する特記事項】	仕事で外に出るため、9～10時の間であれば電話に出やすいです。 火曜日・水曜日は午前、金曜日は午後であれば調査立会い可能です。				
主治医		医療機関名	盛岡市立病院		診療科	整形外科	
		所在地	〒020-0866 盛岡市本宮五丁目15番1号		主治医氏名	盛岡 太郎	
		医療保険者名(医療保険者番号)	記号・番号・枝番				

※第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方のみ記入してください。

特定疾病名	
-------	--

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・意見及び主治医意見書を、盛岡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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

情報開示同意署名	被保険者氏名	(代筆の場合、代筆者氏名)
----------	--------	---------------

認定結果通知の送付先 ※被保険者以外の方へ送付を希望する場合に記入してください。	氏名		
	住所	〒 -	
	被保険者との関係	電話番号	( )

市処理欄	<input type="checkbox"/> 被保険者証	調査委託先	
------	--------------------------------	-------	--

**記入にあたって留意する事項**

申請する種類にチェック(✓)を付けてください。

申請書を提出する方の氏名、住所、電話番号を記入してください。  
※被保険者本人でなく、家族が代理で申請する場合には、本人から見た関係も記入してください。

地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設が、申請書の提出代行をする場合に、事業所等の種類にチェック(✓)を付け、事業所名、担当者氏名及び連絡先を必ず記入した上で、事業所印を押印してください。

介護保険被保険者証等を確認して、被保険者番号を記入してください。また、氏名及びフリガナ、生年月日を記入してください。  
住所は「住民票上の住所」を記入してください。電話番号も必ず記入してください。  
※住民票上の住所が、申請者のものと同じ場合には、[申請者と同じ]に○を付けるだけで構いません。

更新又は変更認定申請の場合に、介護保険被保険者証等を確認し、現在認定を受けている介護度にチェック(✓)を付けるとともに、有効期間を記入してください。

変更認定申請の場合は、申請をするに至った理由を記入してください。  
(例:転倒骨折のため状態が低下、認知症が悪化したため)

認定調査を行う場所(被保険者が現在いる場所)にチェック(✓)を付けてください。上記住所(住民票上の住所)でない場合には、施設や医療機関名(病棟及び号室も記入が必要です)、現在被保険者がいる場所の所在地の住所と電話番号を必ず記入してください。

認定調査を行うにあたり、調査の日程、曜日、時間など希望がある場合、また調査に関して事前に分かっていた方がよい情報を記入してください。

認定調査を行う際に立会い(同席)いただく方について、氏名、本人との関係、日中に確実に連絡が取れる電話番号等を記入ください。  
※認定調査は基本的に家族等、日頃の状態を分かっている方の立会いのもとで行います。

かかりつけの医療機関(総合病院の場合には診療科)及び医師名、病院の所在地及び電話番号を記入してください。

第2号被保険者(40歳～64歳)の方は、必ず記入してください。  
医療保険の保険証を確認の上で、正確に記入してください。また、介護申請に該当する特定疾病名を、必ず記入してください。  
※第1号被保険者(65歳以上)の方は、この欄は記入不要です。

被保険者自身が署名してください。ただし、心身の状況により、本人が署名できない場合には、家族等が代筆しても構いません。ただし、代筆した場合には、合わせて代筆者の氏名を記入してください。  
※介護のサービス利用にあたっては、本人の心身の状況を踏まえて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等が、介護予防サービス計画、介護サービス計画を立てることになります。この署名は、計画作成の際に必要なに応じて、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等の関係者に、本人の心身の情報(主治医意

認定結果通知の送付を、被保険者の住所以外の場所(例:家族の住所)へ行うよう希望する場合に記入してください。