

# 記入見本 (表)

介護保険被保険者証の番号を記入してください

マイナンバーを記入してください

氏名、性別、生年月日、住所、電話番号、現在の認定区分、有効期間、申請日を記入してください

被 保 険 者	介護保険被保険者番号											申請区分	窓口申請・郵送申請					
	個人番号											申請年月日	年	月	日			
	医療保険	保険者名											生年月日	年	月	日		
		被保険者証記号											健康保険証(例:後期高齢者医療被保険者証)番号					
	フリガナ											性別	男・女					
	氏名											住所	〒					
	住所											電話番号						
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2									
		有効期間		年 月 日から					年 月 日まで									
	※14日以内に転入した者のみ記入		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。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日															
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日
	介護保険施設の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日
有・無	医療機関等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日

健康保険証(例:後期高齢者医療被保険者証)番号を参考に記入してください

半年前から現在の介護保険施設への入所、医療機関への入院の有無を記入してください

提出代行者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 事業所が代行申請する場合に記入してください														
	住所	〒 ご本人、ご家族が申請する場合は記入の必要はありません 電話番号														

主治医	主治医の氏名											医療機関名					
	所在地	かかりつけの医療機関名と医師名を記入してください (市外の病院の場合は住所、電話番号をかみならず記入してください)															

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係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護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。

文書を確認後、同意いただける場合は、対象者の氏名を署名してください(家族・提出代行者の代筆可)

本人氏名

裏面にも記入項目があります!

※裏面も記入してください。

# 記入見本（裏）

申請にあたってのお願い

申請を受けてから、ご本人の状態を確認するため、介護認定調査員が訪問に伺います。その際介護者がいる場合その方にもお聞きすることがありますので、同席をお願いします。（この訪問が済みませんと、認定を受けるための審査、判定ができません。）

- 1 訪問日時を調整させていただくために、連絡をする際、申請書の電話番号以外に、連絡先があればご記入ください。

連 絡 先 等	フリガナ		との関係	
	氏名			
	電話・FAX			
	立会いの有無			
	注意してほしいこと・訪問調査で都合のつかない日程等	<p>訪問調査時の連絡先や、調査時に配慮が必要なこと、都合のつかない日程などを記入してください。</p> <p><b>【例】</b> 本人の耳が遠いため、耳元で話してください ○月△日は病院受診のため不可 など…</p>		

- 2 現在受けているサービスにチェックをして、( )に事業所名・施設名をご記入ください。

<input type="checkbox"/> 訪問介護( )	<input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護( )
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護( )	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護( )
<input type="checkbox"/> 訪問看護( )	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設( )
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ( )	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設( )
<input type="checkbox"/> 通所介護( )	<input type="checkbox"/> 介護医療院等( )
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ( )	<input type="checkbox"/> 介護保険施設以外の施設 (3にご記入ください)

- 3 介護保険施設以外の施設に入所・入院されている方は、ご記入ください。

施設名			
施設住所		電話番号	

## 【高齢福祉課記入欄】

\*調査日程確認 自宅・施設・病院 ( / ) 立会い確認 あり・なし ( / )

- ・ 居宅の状況
- ・ 歩行
- ・ 申請理由
- ・ サービスの希望
- ・ 排泄
- ・ 食事
- ・ 病状
- ・ 認知症状