

記入見本（表面）

要介護認定・要支援認定  
更新認定・要支援更新認定

申請日を記入してください。

牛久市長 様  
次のとおり申請し

介護保険被保険者証の番号  
を記入してください。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険被保険者番号		個人番号		
	医療 保 険	保険者名	保険者番号		マイナンバーをご記入 ください 枝番
		被保険者 記号・番	加入している健康保険の情報をご記入ください。		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女	
	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 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入	有効	認定を受けたい人（対象者）の 氏名、生年月日、住所、電話番号、 現在の認定区分、有効期間 をご記入ください。	
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等へ 入院、入所の 有無	転出 現在 (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	いいえ	月 日 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	年 月 日

半年前から現在までに介護保険施設への入所や  
医療機関への入院の経験があれば「有」を○で囲み、  
介護保険施設・医療機関の名称と期間を記入してください  
経験がなければ「無」を○で囲んでください

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・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

主 治 医	主治医の氏名	医療機関名
	所 在	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、電話番号を必ず記入してください) 現在の心身の状況がわかるよう、概ね2か月以内の受診があることをご確認ください。
第二号被保険者（40歳か		
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、主治医意見書、牛久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、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、居宅サービス事業者、地域密着型介護予防サービス事業者の関係者、調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業）要介護・要支援認定の更新申請から30日以内に調査結果通知を省略することに同意します。

文章を確認後、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

# 記入見本（裏面）

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			
	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。 <b>【例】</b> 本人の耳が遠いため、耳元で話してください 介護という言葉に拒否感があるので使わないでほしい ○月△日は病院受診のため不可 など…			
	電話番号			
	訪問しない日程等			

- 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( )
<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