

記入例

第7号様式(第8条関係)

介護保険（要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

藤枝市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年〇月〇日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000000000	個人番号	未記入でも可			
	医療 保険	1	〇〇〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇		
	被保険者証	記号	〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇〇	枝番	〇〇
	フリガナ	フジエダ タロウ			生年月日	昭和〇年〇月〇日	
	氏名	藤枝 太郎			性別	男・女	
	住所	藤枝市〇〇町〇〇番地					
		(マンション名・室番号等)			電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇		
	3	*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		
	前回の要介護 認定の結果等	有効期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日					
		※14日以内に他自 治体から転入した 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・いいえ				
4	過去6月間の 介護保険施設、医 療機関等への入 院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間				
5		医療機関等の名称等・所在地	期間				
	有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間				

提 出 代 行 者	名称	該当に〇 (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)	
	6	岡部 美咲	長女
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇-〇-〇	
		電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇	

主 治 医	7	医の氏名	〇〇〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
		所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地		
		電話番号 (〇〇〇) 〇〇〇 - 〇〇〇〇			

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特 定 疾 病 名	8	
-----------------------	---	--

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、藤枝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が取得した心身の状況等の情報を、藤枝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。

9 本人氏名 藤枝 太郎

裏面の記入をお願いします。⇒

- 40歳から64歳の方は、被保険者が加入している医療保険等について必ず記入してください。
65歳から74歳で医療保険が社会保険加入者の方は、記入してください。
65歳上の藤枝市国民健康保険、後期高齢者医療に加入の方は記入不要です。
- 住民登録地
- 現在の要介護度状態区分(保険証を確認)を記入してください。
新規の方、有効期間が切れている場合は無し。
- 介護保険施設(短期入所除く)、(介護付き)有料老人ホーム等に過去6月間に入所されている場合、記入してください。
- 病院に過去6月内に入院されている場合、記入してください。
期間には入院(予定)期間を記入してください。
- 家族、親族等からの申請の場合は、名称欄に**被保険者との関係**を記入してください。
事業者からの申請の場合は該当に〇記入してください。
平日の日中に連絡のとれる連絡先を記入してください。
- 定期的に受診されている医療機関(かかりつけ医)に、申請前に意見書を書いてもらえるか確認をお願いします。
主治医の氏名はフルネームを記入してください。
- 主治医に確認し、該当する特定疾病をご記入ください。(40歳から64歳までの方のみ)
- 同意内容をお読みいただき、ご本人(認定を受けようとしている方)が署名をしてください。本人による記入が困難な場合は本人の同意を確認したうえで代筆することができます。

申請時に必要な書類

- 介護保険 要介護認定・要支援認定(区分変更)申請書
- 介護保険被保険者証(写し不可)(介護保険証がない場合は本人の身分証明書)
- 医療保険資格情報の確認書類(40歳から64歳までの方、65歳以上で藤枝市国民健康保険と後期高齢者医療以外に加入の方)(マイナンバーカードを用いて資格確認する場合は利用者証明用電子証明書パスワードが必要)
- 窓口に来る方の本人確認書類(免許証・マイナンバーカード等)
- 介護保険 主治医意見書問診票

記入例

要介護認定のために、認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などを伺いますのでよろしくお願いします。

訪問調査日程調整の連絡先 *平日の日中に連絡が取れるところを記入してください。

<input type="checkbox"/> 被保険者ご本人	氏名	被保険者との関係 ()				
<input checked="" type="checkbox"/> 提出代行者(表面)	住所					
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入) →	電話番号	優先① ()	-	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場
		優先② ()	-	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場

訪問調査当日の立会い者 (調査対象者の日頃の状況を把握している方をお願いします。)

<input checked="" type="checkbox"/> 上記日程調整者と同じ	氏名	被保険者との関係 ()				
<input type="checkbox"/> その他(右欄に記入) →	住所					
<input type="checkbox"/> 立会い者なし	電話番号	()	-	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 携帯	<input type="checkbox"/> 職場

はい (○または×を記入) →

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午前		×		×	
午後					

いいえ

認定調査の訪問先

<input checked="" type="checkbox"/> 表面の住所(住民登録地)	
<input type="checkbox"/> 表面の「過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無」に記載の場所 (段目)	
調査先 棟 階 号室 退院(所)予定日 令和 年 月 日 (頃)	
<input type="checkbox"/> その他 ()	

訪問調査員(軽自動車)の駐車スペースの確保について

<input type="checkbox"/> 自宅	自宅から離れた場所等の場合、位置図を記入してください。
<input type="checkbox"/> 入所・入院先の駐車場	
<input checked="" type="checkbox"/> その他(右欄に記入) →	

調査を特に急ぐ必要のある「がん患者」の方

主治医について

申請者の方から、介護認定申請前に主治医に意見書を書いてもらえるかご確認ください。
 申請書記載のため、主治医のフルネーム・お薬手帳などご準備ください。
 申請を受け付けた後、ご記入の主治医に対して市の依頼により審査に必要な意見書の提出を求めます。
 最近2か月の間に受診されていない場合は、お早目の受診にご協力をお願いします。また、病院や施設などに入院・入所中の方は、入院・入所先の医師を主治医とすることをお勧めします。