

[新規・更新・区分変更]  
介護保険 (要介護・要支援) 認定申請書

新規 更新 区分変更 転入  
新規(要支援者の要介護の区分変更)

牧之原市長 あて 次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
本人との関係	

申請者氏名		〒	電話番号
*申請者住所			
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)		

\*申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者(介護等を要する者)	被保険者番号	0 0 0	個人番号		
	医療 保険	保険者名	保険者番号		
		被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガナ				
	氏名		生年月日	年 月 日	
	住所	〒	電話番号		
	現在(最終)の 要介護認定の結果等	要介護 1 2 3 4 5		要支援 1 2 なし	
		有効期間		年 月 日 から 年 月 日	
		※14日以内に 他自治体から転入した もののみ記入	転出先自治体(市町村)名 [ ] 現在転出先自治体に要介護・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 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
	変更申請の理由				
過去6月間の介護保 険施設・医療機関等 入院入所の施設  有・無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日			
主治医	主治医の氏名	医療機関名			
	所在地	〒	電話番号		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

介護サービス計画を作成するためなど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、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。

また、保健福祉サービスを利用するための、サービス調整に活用することにもあわせて同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

(代筆者名: \_\_\_\_\_ )

現在入院中の方は、下記の1～3にお答えください。

- 1 いつ頃から入院していますか？ [ ]年 [ ]月 上旬・中旬・下旬  
(入院時、[ ]週間くらい入院と言われている。)  
入院している医療機関名・病棟 [ ]病院 [ ]病棟
- 2 退院の予定はありますか？ [ ]年 [ ]月 上旬・中旬・下旬  
未 定
- 3 退院について誰からお話がありましたか？ ア 医師  
イ 看護師  
ウ その他 ( )

介護が必要になった原因は第三者行為（交通事故等）によるものですか？

はい ( )年 月頃 理由： ( )  
いいえ

下記制度の対象となっていましたら、該当に○印をしてください。

- 1 戦傷病者特別援護 ア 療養の給付 イ 更生医療等
- 2 原子爆弾被爆者に対する援護 ア 医療の給付等
- 3 公害健康被害の補償等 ア 療養の給付等
- 4 労働者災害補償保険 ア 療養補償給付 イ 介護補償給付等

障害者手帳の交付がありますか？

はい ( ) (身体 療育 精神 / 障害福祉サービスの利用 有・無)  
いいえ

【介護保険関係通知先変更について】

被保険者が、独居高齢者等で本人の住所地に送付することが好ましくないことから、本人住所に送るべき認定申請に基づく次の通知書を下記の住所地に送付して下さるよう依頼します。

通知の種類 (○を付ける)	1右記全て 2保険料関係 3給付費関係 4減免関係 5認定関係			
被保険者 氏名		代筆者氏名		
送付先	氏名		被保険者との関係	
	住所	〒 電話番号		

【訪問調査の日程連絡について】

この申請に基づき行われる訪問調査は、認定を受ける方の普段の状態を御存知の方の同席が必要です。申請日の翌日の午前中に訪問調査の日程を決める連絡が被保険者宅にあります。連絡がつかないと思われる場合は、下記に連絡先を御記入ください。

連絡先	氏 名	電話番号 ( 自宅 ・ 呼び出し )	被 保 険 者 と の 関 係

〔家族の立ち会い： 有 ・ 無 〕

保険 者 確 認 欄	身元確認	番号確認	代理権確認	備考	確認者
	番号力・免許・その他 ( ) ( )	番号力・通知力・その他 ( )	被保険者証・委任状 その他 ( )		