

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

申請書について

申請に必要なもの

申請書 ・ 介護保険被保険者証  
第2号被保険者(40歳から64歳の方)は健康保険証又はそのコピー

主治医意見書について

主治医意見書は市から医療機関に作成を依頼しますので、必ずかかりつけの医師名、医療機関の名称・所在地の記入をお願いします。なお、長い間診察を受けていませんと、医療機関によっては意見書を作成できない場合があります。長い間診察を受けていない方は医療機関にご相談ください。

**【記入例】** 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

被保険者についての情報を正確に記入してください。

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	生年月日	(明)大・昭 ○年 ○月 ○日
フリガナ	カイゴ タロウ	性別	男・女
氏名	介護 太郎		
住所 (住民票上)	〒 192 - 8501 620 - 7414 八王子市元本郷町3 - 24 - 1		
現在の居所	どちらかに を 1. 上記の住所 してください 2. 上記以外の住所(病院・施設・親戚の家等、現在の居所を下欄に記入してください)		
2 の 場 合	〒 192 - 0066	八王子市本町 24 - 1	退院予定 未定 (有) ○月○日(頃)
住所 方書	八王子 病院 626 - 3111		
現在の要介護状態区分等	要介護1	要介護2	要介護3 要介護4 要介護5 経過的要介護 要支援1 要支援2
有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
申請理由	① ヘルパー、通所介護などのサービスを希望しているため 2. 福祉用具購入、住宅改修などを希望しているため 3. 介護保険施設に入院・入所中、又は入院・入所を希望しているため 4. その他( )		
連絡先には市から昼間に連絡のとれる番号を記入してください。 (要支援者の新規申請(変更)の場合は4「その他」に詳しい理由を記入してください。)			
認定調査 日等の 連絡先	フリガナ 氏名	カイゴ イチロウ 介護 一郎	090 - **** - **** , 620 - 7415 (携帯電話(勤務先)自宅)
調査時の家族等 の立会い希望	(有)・無	被保険者 本人の状況	特に問題なし・配慮が必要(聴力) 伝達能力) 特に調査員に伝えたいこと( 耳が聞こえにくいので大きな声をお願いします。 )
主治医意見書の記入を依頼したい病院名(かかりつけ、入院先等)・主治医氏名を記入してください。主治医へは市から依頼します。			
フリガナ 氏名	ハチオウジ ハナコ 八王子 花子	医療機関 所在地	〒 192 - 0066 626 - 3111 八王子市本町 24 - 1
	( 整形外 科 )	フリガナ 名称	ハチオウジ ビョウイン 八王子 病院
受診状況	定期的・不定期	最終受診日	年 (入院中) 回受診予定日 年 月 日
認定結果や居宅介護支援事業者名を主治医に通知することに同意する。 被保険者氏名 介護 太郎 (介)			
(主治医から市へ情報提供の依頼があった場合に限り、同意される場合は署名、押印をお願いします。)			
提出者 住所(所在地)	〒 192 - 8501 620 - 7414 八王子市元本郷町3 - 24 - 1	代行事業者 フリガナ 氏名(事業者名)	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 担当者名:
		カイゴ イチロウ 介護 一郎	
被保険者との関係	子	提出代行事業者は 右欄も記入	
2 号 被 保 険 者	40歳から64歳の医療 保険加入者の記入欄 (医療保険証のコピーを 添付してください)	医療保険 被保険者記号番号 特定疾病名	保険者名
事務処理欄			
センター名	訪問調査日調整済 予定日 年 月 日	受付欄 被保険者証回収 資格者証発行 担当	身分証明書確認 事務所
委託先			

現在、ご住所以外  
にいる方は必ず記  
入してください。

要支援者の新規申  
請の場合は、4「そ  
の他」に詳しい申請  
理由を記入してくだ  
さい。

訪問調査の連絡を  
しますので、昼間に  
必ず連絡の取れる  
ところを記入してくだ  
さい。

最近の受診状況に  
ついて記入してくだ  
さい。受診日もわか  
る範囲でお願いします。

同意できる場合は、  
被保険者の署名と  
押印をお願いします。

第2号被保険者  
の方は必ずご記  
入ください。