

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

申請書記入例

申請に必要なもの	<input type="checkbox"/> 申請書	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証
	<input type="checkbox"/> 提出者の身分証明書(個人番号カード、運転免許証、介護支援専門員証等)	<input type="checkbox"/> 被保険者の個人番号が確認できるもの(個人番号カード等) ※
	<input type="checkbox"/> 40~64歳の方は、マイナ保険証(または医療保険証等※のコピー)	
	提出者が代理人(被保険者本人以外)の場合 → <input type="checkbox"/> 上記に加え委任状	

※ 個人番号が分からない場合は、個人番号欄の記入は不要です。

※ 医療保険者から交付される、「資格情報のお知らせ」や「資格確認書」等です。

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、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。診察を受けていない方は医療機関にご相談ください。

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

個人番号が分からない場合は、記入は不要です。

① 被保険者	個人番号	* * * * * * * * * * * *	性別	男・女	
	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	生年月日	明治・大正・昭和 〇年 〇月 〇日	
	フリガナ 氏名	カイゴ タロウ 介護 太郎			
	住所 (住民票上)	〒 192-8501 TEL 042-620-7414 八王子市元本郷町3-24-1			
	現在の居所	※ 上記以外の住所(病院・施設・親戚の家等)にいる方は、下の欄に記入してください。 〒 196-0066 八王子市本町24-1 退院予定 未定・有(〇月〇日頃) 八王子〇〇病院 TEL 042-626-3111			

病院に入院中、施設に入所中の方や親戚の家等、ご住所以外にいる方は必ず記入してください。
退院や退所等の予定がある方は、退院予定欄へあわせて記入してください。

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	要支援1	要支援2
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日						
申請理由	<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー等の利用を希望 <input type="checkbox"/> デイサービス等の利用を希望 <input type="checkbox"/> 福祉用具の利用を希望 <input type="checkbox"/> 在宅改修を希望 <input type="checkbox"/> 介護保険施設に入院・入所中 又は入院・入所を希望 <input type="checkbox"/> その他() ※ 要支援者の変更申請の場合「その他」に理由を具体的に記入してください。						

現在、要支援の方で変更申請をご希望される場合は、その他の欄に理由を具体的に記入してください。(骨折による状態の悪化、認知機能の低下等)

② 認定調査	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	※平日の昼間に連絡の取れる番号 TEL 090-1234-XXXX, 042-620-7414
	立会い希望	有 無	立会う方	家族(続柄:長男、長女) ・ ケアマネジャー・施設職員 ・ その他()
	本人の状況	配慮が必要(聴力・伝達能力) ・ その他()		

認定調査を行う日時調整の連絡をしますので、必ず平日の昼間に連絡の取れる方を記入してください。

歯科医師や柔道整復師には依頼できません。眼科や耳鼻科、皮膚科等では記載できない場合がありますので、事前に医療機関へご相談ください。

③ 主治医	フリガナ氏名	ハチオウジ ハナコ ハ王子 花子 先生 (整形外科科)	医療機関	所在地	〒 196-0066 TEL 042-626-3111 ハ王子市本町24-1 ハチオウジ〇〇ピョウイン ハ王子〇〇病院
	受診状況	定期的 ・ 不定期	最終受診日	年 月 日	次回受診予定日
	受診状況	定期的 ・ 不定期	最終受診日	年 月 日	次回受診予定日

受診状況・最終受診日・次回受診予定日をわかる範囲で記入してください。入院中の方は、受診状況等の記載は不要です。

④ 同意	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、及び主治医意見書を、八王子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、介護保険施設、若しくは地域ケア会議の関係人、又は主治医意見書を作成した医師等に情報提供することに同意します。	被保険者氏名	介護 太郎
------	--	--------	-------

同意される場合は、被保険者の署名をお願いします。

⑤ 提出者	住所(所在地)	〒 192-8501 TEL 042-626-3111 八王子市元本郷町3-24-1	代行事業者記入欄	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院
	事業者名		⑥ 担当者	※ 提出者とは別に担当者がある場合(ケアマネジャー等)は記入してください。 事業者名: 〇〇事業所 氏名: ハ王 オ子

窓口での提出者とは別に担当者(ケアマネジャー等)がいる場合は、記入してください。担当者が分からない場合は記入不要です。

医療保険	保険者名: <input type="text"/>	保険者番号: <input type="text"/>
	記号: <input type="text"/>	番号・枝番: <input type="text"/>

医療保険のことをご記入ください。マイナ保険証の方はマイナポータル資格情報をご覧ください。

第2号被保険者	40歳から64歳の方は、特定疾病名及び医療保険を記入してください。	特定疾病名	<input type="text"/>
---------	-----------------------------------	-------	----------------------

40~64歳の方は、特定疾病名、医療保険の記入が必要です。特定疾病名については、主治医によく確認してください。申請書提出の際はマイナ保険証(または医療保険証等のコピー)をお持ちください。

事務処理欄	<input type="checkbox"/> 介護保険証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証発行 <input type="checkbox"/> 質問票配付	身元確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード(1) <input type="checkbox"/> 運転免許証(1) <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証(1) <input type="checkbox"/> 医療保険証(2) <input type="checkbox"/> 介護保険証(2) <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示なし	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示なし	個人番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 提示なし
訪問調査日調整済	事務所・包括						
予定日	年 月 日						
委託先	担当: <input type="text"/>						