

記載例 (表面)

様式第1号

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

※右の該当するものに「レ」点をつけてください。

土佐清水市長 様

次のとおり申請します。 ※被保険者証を提示してください。

新規 更新 区分変更(要介護・要支援状態)
 新規(要介護・要支援者の区分変更) 転入による申請

該当箇所にレを入
れて下さい

(変更申請: 認定有効期限の 61日以前 60日以内)

記入を行う日付を記載

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 申請

12桁のマイナンバー

被保険者(申請者: 認定を受けようとしている方)	被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
	フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	明・大 昭 〇 年 〇 月 〇 日 (年齢 △△ 歳)
	氏名	介護 太郎	性別	男 ・ 女
	住所 (住民登録地)	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 土佐清水市 〇〇町 〇〇番 △△号	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
	入院・入所 または 寄留先住所 (現在、上記 住所に居住し ていない方 は、実際の居 住地等を記入 してください)	医療機関・施設名	寄留先 (〇〇様方)	
		〇〇 病院		
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇市 △△町 〇〇番 〇号	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇
	期間	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 (退院・退所の予定: <input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無)		
	前回の要介護 認定の結果	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	※新規申請は 記入不要	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
変更申請の理由	区分変更申請の場合のみ記載して下さい			

要介護認定を受けられ
ようとするご本人につ
いての記載欄

現在、入院中や住民票の
住所に居住していない場
合に記載(娘宅に滞在中
等)
(例: 医療機関に入院してい
る場合)

新規申請以外の方のみ記載

ご本人の代理で申請書を
提出される方(窓口提出ま
たは、郵送)及び介護サー
ビス事業者が代行申請する
場合に記載。
(例: 長女が代理申請)

※要介護認定を受けられ
ようとするご本人が提出さ
れる場合は記載不要

代行・代理申請人	提出代行 (代理)者 名称・氏名	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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)	申請者との関係	長女
	住所・所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇市 〇〇町 〇〇番 △号	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

主治医(かかりつけ医)の
病院名・所在地・氏名(フル
ネーム)・診療科等を必ず
記載して下さい
※市役所から主治医へ意見
書の依頼と回収を行います。

主治医	医療機関名	〇〇 病院	主治医氏名 ※フルネームで記入	認定 次郎
	受診(予定)日	令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 受診 <input checked="" type="checkbox"/> 予定	診療科	整形外 科
	所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 〇〇〇市 △△町 〇〇番 〇号	電話番号	〇〇〇〇 - 〇〇 - 〇〇〇〇

特定疾病名の欄は40歳か
ら64歳までの方のみ記載
して下さい。

加入医療 保険情 報	<input type="checkbox"/> 土佐清水市国保 <input type="checkbox"/> 高知県後期高齢者医療 (左記以外の方は下に記入か写し添付)			
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者 <input type="checkbox"/> 前回の申請から変更なし <input type="checkbox"/> 保険証等写し添付(記載不要)			
	医療保険者名	〇〇〇市	医療保険被保険者証 記号番号	〇〇-〇〇〇-〇〇
	医療保険加入日	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日	特定疾病名	関節リウマチ

※右上いずれかにチェック
が入らない方(新規申請で
社会保険等)に加入されて
いる方は資格確認等の
写しの添付か、加入医療
保険情報を記入して下さい。

64歳までの方は特定疾病名を記載

裏面につづきます。

記載例（裏面）

訪問調査について	立会希望	<input checked="" type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない
	調査立会者	<input type="checkbox"/> 窓口に来た人 <input checked="" type="checkbox"/> その他の方(下記に記入してください) <input type="checkbox"/> 未定(連絡時に調整) 氏名: 介護 三郎 (申請者との関係 三男) 電話: 090 - 0000 - 0000 (日中に連絡がつくものでお願いします)
調査日の都合等	(サービス利用日、通院日等で都合が悪い曜日や立会者の都合等があれば記入してください) 本人は入院中のため特に都合が悪い日はないのですが、介護三郎の仕事の都合上、水曜日午後と金曜日午前中のみ立ち会い可能です。スケジュール調整がつかない場合は介護 花子(長女)が立ち会いをします。	

市の調査員が、ご本人に面会調査を行う際に、立ち会っていただけるご家族等の氏名・連絡先等を記載してください。
 ※できる限りご家族等の立ち会いをお願いします。

ご本人に関することで、予め市へ伝えておきたいこと等(病状や心身の状況等何でも結構です)があれば記載してください。

その他特記すべき事項	(最近の入所・入院状況、疾病・認知症の状況等、サービス利用状況等留意すべき事項があれば記入してください) 現在〇〇病院に入院(医療入院)しておりますが、来月には退院し家に戻る予定です。しかし、家では独居となる上、市内に家族・親類がおりませんし、入院前から足腰の衰えがあり、転倒することが多く、少し物忘れをすることが多くなりました。本人及び家族ともヘルパー派遣を希望しており、病院の相談員の方に相談したところ、介護認定を受けられれば介護保険でのヘルパー利用が可能とのことでしたので、今回介護認定の申請をいたします。
------------	---

市役所から介護保険関係の書類(要介護認定結果等)を送付する場合、基本的にご本人の住所地に郵送となります。しかし、住所地に送付されても書類が確認できない場合等に送付先を変更可能です。(例:入院中で独居の場合等)

送付先変更	(<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険関係全て <input type="checkbox"/> 認定結果のみ) ※記載がない場合は、住民登録地の本人あてに送付します <input checked="" type="checkbox"/> 窓口に来た人 <input type="checkbox"/> その他(下記に記入のとおり) <input type="checkbox"/> 寄留先(本人あて) 〒 000 - 0000 〇〇〇市〇〇町〇〇番△号 介護 花子 電話番号 0000 - 00 - 0000
-------	---

同意欄	① 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、土佐清水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、土佐清水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。 ② 公的機関が、介護予防・生活支援等の事業を実施するために必要があるときは、関係機関等に介護認定及び受給者情報等必要な情報を提供すること。 ③ 更新申請において、認定有効期限内に更新申請認定結果がでる場合は、 <input type="checkbox"/> 通知書を送付しないこと。 私は上記①②③に同意いたします。 被保険者氏名: 介護 太郎 代筆者: 介護 花子 (続柄: 長女)
-----	--

個人情報に関する同意等の欄です。内容をよくお読みの上、署名して下さい。

ご本人が署名できない場合に代筆される場合は、代筆者氏名と続柄を記載して下さい。

※市役所処理欄 (受付番号:)

受付	本庁 <input type="checkbox"/> 支所 <input type="checkbox"/> 郵便 <input type="checkbox"/>	入力	調査員	受理年月日
被保険者証	<input type="checkbox"/> 回収 <input type="checkbox"/> 押印 <input type="checkbox"/> 未収	意見書依頼	<input type="checkbox"/> 在宅・新規	調査日時
	<input type="checkbox"/> 調査時回収 <input type="checkbox"/> 再交付申請書		<input type="checkbox"/> 在宅・継続	
資格者証交付	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未	<input type="checkbox"/> 施設・新規	:	
	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 調査時	<input type="checkbox"/> 施設・継続		