

# 介護保険（要介護・要支援）認定申請書

山口県萩市長 あて  
 次のとおり申請します。  
 申請年月日 平成 年 月 日

|          |                             |                                     |                              |
|----------|-----------------------------|-------------------------------------|------------------------------|
| 申請<br>区分 | <input type="checkbox"/> 新規 | <input type="checkbox"/> 要支援者の要介護新規 | <input type="checkbox"/> 転入  |
|          | <input type="checkbox"/> 更新 | <input type="checkbox"/> 区分変更       | <input type="checkbox"/> （ ） |

|   |                                    |                             |                      |           |   |             |    |                  |
|---|------------------------------------|-----------------------------|----------------------|-----------|---|-------------|----|------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>(<br>認<br>定<br>を<br>受<br>け<br>る<br>人) | 被保険者<br>番号                         |                             |                      |           | 個人番号  |             |    |                  |
|   | フリガナ                               |                             |                      |           | 生年月日  | 明・大・昭 年 月 日 |    |                  |
|   | 氏名                                 |                             |                      |           | 性別  | 男・女         | 年齢 | 歳                |
|   | 住所                                 | 〒                           |                      |           | 電話番号  |             |    |                  |
|   | 現在の要介護<br>状態区分等                    | ※要介護・要支<br>援更新認定の<br>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         |    |                  |
|   | ※14日以内に<br>他自治体か<br>ら転入した<br>者のみ記入 | 有効期間                        | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 |           | 転出元自治体（市町村）名〔 〕<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ<br>（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。）<br>「はい」の場合、申請日 平成 年 月 日 |             |    |                  |
| 申請の理由<br>※新規申請・区分変更<br>申請の場合に記入                               |                                    |                             |                      |           |   |             |    | 介護予防教室利用の有無（有・無） |

申請に来た人（申請者が被保険者と同じ場合は同上と記入してください。）

|             |                |   |      |    |  |                                     |               |
|-------------|----------------|---|------|----|--|-------------------------------------|---------------|
| 申<br>請<br>者 | 氏名             |   |      | 関係 |  |                                     | 代行の場合、該当に○を記入 |
|             | 住所             | 〒 | 電話番号 |    |  | <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター |               |
|             | 提出代行者<br>(事業者) |   |      | 印  |  | <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者  |               |
|             |                |   |      |    |  | <input type="checkbox"/> 介護保険施設     |               |
|             |                |   |      |    | <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 | ※代行の場合、必ず事業所印を押印し<br>てください。         |               |

|             |       |   |      |     |  |        |        |  |  |
|-------------|-------|---|------|-----|--|--------|--------|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 医療機関名 |   |      | 診療科 |  |        | 主治医氏名  |  |  |
|             | 所在地   | 〒 | 電話番号 |     |  | 最終受診年月 | 平成 年 月 |  |  |

第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入 ※医療保険証のコピーを添付してください。

|         |  |  |       |    |  |  |    |  |  |
|---------|--|--|-------|----|--|--|----|--|--|
| 医療保険者名  |  |  | 医療保険証 | 記号 |  |  | 番号 |  |  |
| 医療保険者番号 |  |  | 特定疾病名 |    |  |  |    |  |  |

以下の事項に同意します。

1. 介護（予防）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、認定にかかる調査内容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に提示すること。また、審査判定結果・意見を主治医意見書を記載した医師に提示すること。
2. 更新申請において、現認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は、申請日から30日を超える認定までの処理見込期間とその理由の通知（延期通知）を省略すること。

|      |  |  |       |  |  |    |  |  |  |
|------|--|--|-------|--|--|----|--|--|--|
| 本人氏名 |  |  | 代筆者氏名 |  |  | 関係 |  |  |  |
|------|--|--|-------|--|--|----|--|--|--|

|             |  |      |  |    |  |  |                    |   |                                 |
|-------------|--|------|--|----|--|--|--------------------|---|---------------------------------|
| 訪問調査連絡先     | <input type="checkbox"/> 被保険者（自宅） <input type="checkbox"/> 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> 立会希望 無・有（ ）<br><input type="checkbox"/> その他（入院・入所等を含む）→下欄に記入してください。 |      |  |    |  |  |                    |   |                                 |
| 氏名(名称)      |  |      |  | 関係 |  |  | 過去6月間の入<br>院・入所の有無 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | <input type="checkbox"/> 入院(所)中 |
| 住所<br>(所在地) | 〒  | 電話番号 |  |    | 平成 年 月 日から<br>平成 年 月 日まで<br>[退院・退所の予定 有・無] |  |                    |   |                                 |

|             |  |      |  |    |  |  |  |  |  |
|-------------|--|------|--|----|--|--|--|--|--|
| 被保険者証送付先    | <input type="checkbox"/> 被保険者（自宅） <input type="checkbox"/> 申請者<br><input type="checkbox"/> その他 ※下欄に記入してください。（必ずご本人・ご家族の了承を得てください。） |      |  |    |  |  |  |  |  |
| 氏名(名称)      |  |      |  | 関係 |  |  | ◎介護保険に関する通知等につい<br>て、送付先の設定を希望される場合<br>は、別途「市税等関係書類送付先等<br>変更申出書」の提出が必要です。 |  |  |
| 住所<br>(所在地) | 〒  | 電話番号 |  |    |  |  |  |  |  |

|     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 備 考 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

|       |                                  |                                     |                                |                                 |                                 |                                |                               |    |  |
|-------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----|--|
| ※市使用欄 | <input type="checkbox"/> 被保険者証回収 | <input type="checkbox"/> パンフレット（説明） | <input type="checkbox"/> 負担割合証 | <input type="checkbox"/> 資格者証交付 | <input type="checkbox"/> 保険料（ ） | <input type="checkbox"/> 意見書依頼 | <input type="checkbox"/> 訪問調査 | 受付 |  |
|-------|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|----|--|