介護保険被保険者証に記載ある番号（一番上）を記入してください。

護認定・要支援認定　　　　申　請　書

・更新・区分変更　】

☑をしてください

保険者名、保険者番号を記入してください。

次のとおり申請します。　□新規　新　□要支援からの新規申請　□転　　月　日

被保険者	介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
	医療保険　保険者名		保険者番号		
	医療保険　被保険者番号	記号	番号		枝番
	フリガナ	シモツケ　タロウ	性別	男　・　女	
	氏　名	下野　太郎			
	住　所	〒123-4567 下野市△△１２３４番地			

○国民健康保険の場合

記号・番号・枝番を記入

○後期高齢者医療保険の場合

番号のみ記入

要支援　１・２

和　年　月　日　～　令和　年　月　日

現在入院中、もしくは半年の間に入院していた場合は病院名・期間を記入してください。

施設入所中の場合も同様です。

治体(市町村［　　　　　　　　　　］

出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。

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

過去6か月間の介護保険施設、医療機関等への入院・入所の有無(〇を)	入院　施設名　□現在も入院・入所中　□現在は在宅	入院・入所の期間
有　・　無	所 在 地	

家族の方が申請される場合は、お名前、住所、電話番号を記入してください。

申請者(提出代行者)	氏名(名称)	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護者　介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)個人の方はフリガナを 下野　花子 担当者名(　　　　　　)
	住所	□被保険者と同じ 〒 電話番号

主治医	氏名	診療科(　　　科) 〇〇　〇〇　先生	医療機関名	直近の受診日：　月　日 ◇◇病院
				電話番号

意見書を記入していただく

主治医の氏名、病院名等を記入してください。

また、介護認定申請した旨を

主治医に伝えてください。

者)のみ記　　　険証の写しを添付

必ず署名欄に記入してください。

また家族の方が記入する場合、本人と家族の氏名の両方をご記入ください。

画を作成

果・意見

しくは介

します。

また、更新申請について、有効期間内に要介護認定を行うこ　　　合、延期通知の省略に同意します。

本人氏名：　下野　太郎　　　　家族氏名(代筆の場合)：　下野　花子　　(続柄：長男の妻)

※家族の方が記入する場合、本人と家族の氏名を両方ご記入ください。

認定を受ける方の状況や訪問調査等の確認のため、以下の連絡票の記載をお願いいたします。

入院中の場合、詳細に記入願います。

入院理由・病室・退院予定日は必ず記入ください。

※退院予定が決まっていない場合、「未定」と記入ください。

申請者の居住場所等		）・その他（ ）			
				施設所在地	
	□入院中	病院名	□表面の申請書と同じ	病院所在地	
		入院理由			
		入院中の状況	安静	ベッド上・車いす・歩行器・独歩可能	病棟・病室
			リハビリの有無	無・有（ ）	手術予定 無・有（ / ）
		退院予定日		退院後の予定	自宅・転院（ ）・施設
身体状況	新規申請の方	日常生活において見守り・介助を必要とすることについてご記入ください。 □食事 □歩行 □排泄 □入浴 □その他（ ）			
		認知症状	無・有（ ）・不明	認知症診断	無・有
申請理由	※更新の方は、前回の調査時より状態の変化がある場合のみご記入ください。 ※新規・区分変更の方は、必ず申請理由をご記入ください。				

○新規・区分変更の方について

申請の理由を記入ください。

○更新の方について

前回の調査時より状態の変化がある場合

記入ください。

介護サービスについて		ビスのご言 利用中のサ		
	通所サービス		月 火 水	
		□通所リハビリ	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）	
		□ショートステイ	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）	
	訪問サービス	□ヘルパー	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）	
		□訪問看護	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）	
		□訪問入浴	月 火 水 木 金 土 日（事業所名： ）	
	施設サービス	□介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・グループホーム等）	□表面の申請書と同じ（施設名： ）	
		□その他の施設	）	
			器の取替・その他（ ）	
			）	

認定調査時は、原則家族の立ち会いをお願いしています。

同席の有無について○をつけてください。

※病院や施設によっては、立ち会いができない場合があります。

認定調査予約連絡者	施設入所中の場合 員等から話をお聞きして調査を行うことも可能です。	
	同席の有無	同席する ・ 同席しない
	※認定調査は平日午前9時から10時、午後1時30分から午後2時30分くらいが調査開始時間となります。 ※認定調査の日程調整を調査員より連絡します。優先順に連絡先をご記入ください。 また施設職員やケアマネジャーが同席する場合は、担当者名と電話番号をご記入ください。 ※電話番号は、平日８時30分から16時30分の間に連絡がつきやすい電話番号をお願いします。	
	連絡先	①氏名 □表面の申請者と同じ： 続柄（ ） 電話番号
		②氏名 □表面の申請者と同じ： 続柄（ ） 電話番号
		★連絡がつきやすい時間帯・曜日等： その他（
備考欄	□資格者証発行：済 ・ 未 → □調査時 □ケアマネ調査立会	

連絡先を記入してください。

電話番号については、平日 8 時 30 分から 16 時 30 分の間に連絡がつきやすい番号を記入ください。