

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。

【介護認定・要支援認定  
・更新・区分変更】

申 請 書

□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

□新

□要支援からの新規申請

□転

月 日

|             |                |        |                          |          |  |  |   |   |   |   |   |   |      |       |    |   |       |   |    |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|-------------|----------------|--------|--------------------------|----------|--|--|---|---|---|---|---|---|------|-------|----|---|-------|---|----|---|---|---|---|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>者 | 介護保険<br>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<br>保険       | 保険者名   |                          |          |  |  |   |   |   |   |   |   |      | 保険者番号 |    |   |       |   |    |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |                | 被保険者番号 | 記号                       |          |  |  |   |   |   |   |   |   |      |       | 番号 |   |       |   | 枝番 |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |                | フリガナ   |                          | シモツケ タロウ |  |  |   |   |   |   |   |   |      |       | 別  |   | 男 ・ 女 |   |    |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             |                | 氏 名    |                          | 下野 太郎    |  |  |   |   |   |   |   |   |      |       |    |   |       |   |    |   |   |   |   |   |   |  |  |  |
|             | 住 所            |        | 〒123-4567<br>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

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。

年 月 日 ~ 令和 年 月 日

自治体(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<br>保険施設、医療機関<br>等への入院・入所の<br>有無(○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<br>請<br>者<br>(提出代行者) | 氏名<br>(名称) | 該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・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<br>下野 花子 |       |             |  |
|                        | 住所         | □被保険者と同じ<br>〒                                                              |       |             |  |
| 主 治 医                  | 氏名         | 診療科(科)                                                                     | 医療機関名 | 直近の受診日: 月 日 |  |
|                        |            | 〇〇 〇〇 先生                                                                   |       | ◇◇病院        |  |

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。

電話番号

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。

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と、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内容は、被保険者本人からみた関係をご記入ください。

入院中の場合、病室・手術の有無・診断名・今後の予定は必ず記入してください。

※退院予定が決まっていない場合、「未定」と記入ください。

申請者連絡

|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|------------------|---|------------|-------|--|
| 居住場所等      | <input type="checkbox"/> 在宅                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 自宅（ 独居 ・ 家族と同居： 人）                                                                                               |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | <input type="checkbox"/> 施設・病院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 施設名<br>病院名                                                                                                       | □表面の申請書と同じ |                                                                                              | 病室                                                         |                  |   | 手術<br>予定   | 有 ・ 無 |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 入院時<br>診断名                                                                                                       |            |                                                                                              | 今後の<br>予定                                                  | 自宅 ・ 施設 ・ 転院     |   | 退院等<br>予定日 |       |  |
| 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。<br>※新規・区分変更の方は、必ず申請理由をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | <div>（新規）・医師の勧めにより申請<br/>・認知症状（物忘れ、家電の操作ができなくなった）の悪化のため</div> <div>（更新）・前回より状態が改善 / 悪化した。（具体的に）<br/>・前回と状態はほとんど変わらない。</div> <div>認知症状についての有無<br/><input type="checkbox"/> 昼夜逆転   <input type="checkbox"/> 易怒性   <input type="checkbox"/> 徘徊   <input type="checkbox"/> 不潔行為   <input type="checkbox"/> 暴力   <input type="checkbox"/> その他 （                      ）</div> |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
| 介護サービスについて | 利用している通所系サービスの利用日及び調査実施の都合が悪い曜日についてご記入ください<br>通所介護（デイサービス）、通所リハビリ（デイケア）、短期入所（ショートステイ）、透析等の通院など                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 月                                                                                                                | 火          | 水                                                                                            | 木                                                          | 金                | 土 | 日          | 備考    |  |
|            | 午前                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | デイケア                                                                                                             |            | デイケア                                                                                         |                                                            | 金⇒土<br>ショートステイ利用 |   |            |       |  |
|            | 午後                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                  | デイ<br>サービス |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
| 認定調査予約連絡欄  | その他<br>通院等<br>都合が悪い日                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                  |            | 第2水曜日午<br>後外出                                                                                |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | 在宅での認定調査時は、家族の同席をお願いしております。                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | 家族同席の有無                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 同席する   ・   同席しない                                                                                                 |            | ケアマネ等職員の同席                                                                                   |                                                            | 同席する   ・   同席しない |   |            |       |  |
|            | ・認定調査は平日午前9時から10時です。<br>・認定調査の日程調整を調査員よりお願いいたします。<br>また施設職員やケアマネジャーへもお願いいたします。<br>・日程調整のため「SMS」でメッセージを送信する場合があるため、必ず携帯電話番号をご記入ください。                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | 連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ①氏名 <input type="checkbox"/> 表面の<br>申請者と同じ：                                                                      | 続柄（      ） |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 携帯 |                  |   |            |       |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | ②氏名 <input type="checkbox"/> 表面の<br>申請者と同じ：                                                                      | 続柄（      ） |                                                                                              | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 携帯 |                  |   |            |       |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 連絡がつきやすい時間帯<br>※平日8：30～16：00に連絡します                                                                               |            | 午前   ・   午後   ・   着信があればかけなおす                                                                |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | その他                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 来客用の駐車場の有無                                                                                                       |            | <input checked="" type="checkbox"/> 有   ・   無   注意事項（軽自動車であれば可                      ）        |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 本人のいない場所での聞き取り希望                                                                                                 |            | <input checked="" type="checkbox"/> 有   ・   無   注意事項（認知症状について玄関先で話したい                      ） |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 筆談の必要性                                                                                                           |            | 要   ・   不要   ・ <u>大きな声であれば可</u>                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
| 備考欄        | ・SMSは登録外番号をブロックしているため使用できません。<br>・室内犬を2匹飼っています。<br>・ゆっくり、大きな声で調査してください。                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |
|            | 対応者                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | ・「SMS」の送信を希望されない場合はその旨ご記入ください。<br>・ペットを飼育されている場合はご記入ください。（調査員のアレルギー対策の為ご協力お願いします。）<br>・その他お伝えしたい事がありましたらご記入ください。 |            |                                                                                              |                                                            |                  |   |            |       |  |