

記載例(転入)

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

(宛先) 旭川市長

申請区

前住地での要介護度は、転入日から最大12か月継続認定されます。前住地から発行された介護保険受給資格証明書の原本を添付して下さい。

・転入等

次のとおり申請します

申請年月日 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

※裏面もご記入下さい

認定を受ける人(被保険者)	被保険者番号	0	記載不要	個人番号(マイナンバー)	
	医療保険	保険者	第1号被保険者の方も必須となります。保険証で確認し記入して下さい。	保険者番号	記載が難しい場合、空欄のままにして下さい。
		被保険者証	記号	番号	枝番
	64歳以下の方は記入 ※医療保険証の写しを添付	特定疾病名	64歳以下(第2号被保険者)の方は、特定疾病名を記載し、医療保険証の写しが必要です。		
	フリガナ	アサヒヤマ ジロウ		生年月日	明・大 昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日
	氏名	旭山 次郎		(男)・女	電話番号 〇〇-〇〇〇〇
住所	住民票上の住所を記入		旭川市7条通10丁目		
受給資格証明証に記載されている内容を記入して下さい。					
前回の認定結果	要介護 1・2・3・4・5	要支援 1・2	非該当	申請歴なし	
有効期間	平成 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 令和 〇 年 〇 月 〇 日				
変更申請の理由(変更申請の方のみ記入)	<input type="checkbox"/> 状態の悪化 ※具体的状況(いつからどのように身体状態・認知症状が変化したか、それによる介護の手間など) <input type="checkbox"/> 状態の改善				

主治医	医療機関名	記載不要
	所在地	
	・今回の申請に <input type="checkbox"/> 了承している	

訪問調査について	日程調整の連絡先	フリガナ 氏名	記載不要
	日中の連絡先		
	調査場所	名称 所在地	
	(入院等の場合)期間		
	サービス利用状況		
	駐車場	<input type="checkbox"/> あ	
都合の悪い曜日・時間帯(該当する時間帯を記入)	記載不要		
調査時の留意事項	記載不要		

例)筆談対応が必要。病名未告知。本人に排泄や物忘れについて聞くと感じ的になる。本人のいない場所での聞き取り希望。等

同意事項	以下のことに同意します。			
	1. 主治医より、実施した要介護認定・要支援認定にかかる調査票・主治医意見書及び判定結果(要介護度)等について照会がある時は、当該事項について医療機関に提示すること。 2. 更新申請において、認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える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。			
本人署名	記載不要	代筆者署名	記載不要	【裏面に続きます】

○本人の場合は氏名のみ記入してください。

○本人以外の方が提出される場合は下記の項目全てに記入して下さい。

窓口に来た方	フリガナ	カミカワ ツキコ	本人から みて	<input type="checkbox"/> 同居家族	具体的な間柄(子・嫁など)
	氏名	上川 月子		<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族	( 長女 )
	電話	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇	提出 代行者	<input type="checkbox"/> その他 ( )	
	事業所名	家族・親族等が提出される場合は記載不要です。		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等
	住所	旭川市7条通10丁目		<input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者	<input type="checkbox"/> 医療機関

○訪問調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

本人について	申請理由	記載不要
	同居の有無	
	本人の状態	

○他自治体(市区町村)から14日以内に転入した方のみ記入してください。

転出元自治体名 [ 〇〇県〇〇市 ]
転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ
「はい」の場合は申請日 : 令和 年 月 日

備考欄(旭川市記入)

支所	受付者	申請者登録	メモ入力