

記載例

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

区分変更申請の際は、いずれか一つを選択して下さい。

申請書には、認定を受ける人の「介護保険被保険者証」を添付してください。

(宛先)

申請区分

新規・更新・変更

□支1⇔支2
□支⇔介 □介⇔介

記入等

第1号被保険者も記入は必須です。健康被保険証、医療被保険証を確認し記入してください。生活保護受給中の場合は「生活保護」と記入してください。

申請年月日 令和 〇 年 〇〇 月 〇〇 日

マイナンバーの記載が難しい場合、空欄のままにしてください。

※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 1 2 3 4 5 6 7	個人番号(マイナンバー)	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1			
	医療保険	保険者名	北海道後期高齢者医療広域連合 〇〇〇〇健康保険組合等	保険者番号	3 9 0 1 〇 〇 〇 〇 0 6 X X X X X X 等		
	被保険者証	記号	〇 〇 〇 〇 〇	番号	22222222	枝番	〇 〇
	64歳以下の方は記入 ※医療被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て下さい。				
	フリガナ	アサヒカワ ハナコ		生年月日	明・大・昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
	氏名	旭川 花子		男・女	電話番号	〇〇-〇〇〇〇	
	住所	〒 住民票上の住所を記入して下さい。 旭川市6条通9丁目46番地 被保険者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 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 申請区分が「変更申請」の場合、チェックと理由を記入して下さい。						

主治医	医療機関名	〇〇〇病院	診療科	整形外科	主治医氏名(フルネーム)	北海道 一郎
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	最終受診日	令和 〇 年 〇 月 〇 日頃	旭川市〇〇町〇丁目〇番〇〇号 電話番号 〇〇-〇〇〇〇	
・今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 <input checked="" type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない → 必ず、主治医に意見書作成の了承を得て下さい。						

訪問調査について	日程調整の連絡先	フリガナ	アサヒカワ タロウ	同席者	同席者氏名	
	氏名	旭川 太郎		有・無	旭川 太郎	本人との関係
	本人との関係	(夫)		旭川 太郎	(夫・施設職員)	
	日中	この欄に記載されている方に、調査の日程調整の連絡をします。		自宅(携帯)勤務先	②()	自宅・携帯勤務先
	調査場所	名称	有料老人ホーム〇〇館		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()	
	所在地	旭川市〇条通〇〇丁目〇番地の〇				
	(入院等の場合)期間	〇年 〇月 〇日 ~	年 月 日	部屋番号	2階 201号室	
サービス利用状況	<input checked="" type="checkbox"/> サービスを利用中 ・ <input type="checkbox"/> サービスを利用していない ・ <input type="checkbox"/> 暫定プランで利用中					
駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> あり(注意点等: 来客者用スペースに駐車して下さい) <input type="checkbox"/> なし					
都合の悪い曜日・時間帯(該当する時間帯に×を記入)		月曜	火曜	水曜	木曜	金曜
午前			×		×	
午後						
調査時の留意事項	難聴があるため大きな声で質問して下さい。 本人との面談後、別室にて家族や職員から聞き取りをお願いします。					日程調整及び調査時に配慮が必要な事項を記入して下さい。
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情的になる。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・要支援認定がある時は、当該事項について医療機関に提示す			同意いただけない場合を除き、署名をお願いします。本人が署名することが難しい場合は、提出者に代筆いただき、代筆者署名もご記入下さい。		
	2. 更新申請において、認定有効期間内に要介護とその理由の通知(延期通知)を省略すること。			〇〇日を超える処理見込期間		
本人署名	旭川 花子		代筆者署名	旭川 太郎		【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	アサヒカワ タロウ	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	旭川 太郎		<input checked="" type="checkbox"/> 別居家族	(夫)	
	電話	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、「事業所名」の欄のみ記載不要です。				
	住所	旭川市6条通9丁目46番地				
			<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター	<input type="checkbox"/> 介護保険施設等		
			<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	きっかけ	申請を勧められて() けが・病気(転倒し左大腿骨を骨折。歩行が難しくなった) いつ頃から：令和3年5月 加齢・その他()			
		困りごと	例) 買い物・掃除・通院・ベッド・車いす・手すり・リハビリ・デイサービス 等 現在の施設に引き続き入所し、支援を受けながら生活したい。			
	同居の有無 (在宅の場合)	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 在宅生活されている方のみチェックして下さい。 配偶者・孫・父・母・他()				
	本人の状態	受け答え	<input checked="" type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 簡単なことに限られる	<input type="checkbox"/> 難しい	<input type="checkbox"/> その他()
		聴力	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 普通の声はやっと聞こえる	<input checked="" type="checkbox"/> 大きな声なら聞こえる	<input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない
歩行		<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 杖や歩行器など使用	<input type="checkbox"/> 車椅子を使用	<input type="checkbox"/> 車椅子でも困難	
一番近いと感じる状態に チェックして下さい。		<input type="checkbox"/> できる	<input checked="" type="checkbox"/> 時々失敗がある	<input type="checkbox"/> 声かけや見守りが必要	<input type="checkbox"/> 介助が必要	
		<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 置き忘れなどが目立つ	<input type="checkbox"/> 最近のことがわからない	<input type="checkbox"/> すぐに忘れる	

○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〔	〕
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 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