

記載例

申請年月日 ○○年○○月○○日

介護保険要介護認定・要支援認定 < 新規 **更新** ・ 変更 支⇄介 支1⇄支2 介⇒介 > 申請書
 (宛先)旭川市長 次のとおり申請します ↑※該当するものに○

区分変更の理由	<input type="checkbox"/> 状態の悪化	※具体的状況 区分変更の際は記載が必要です。	区分変更の際は、いずれか一つを選択して下さい。
	<input type="checkbox"/> 状態の改善		

窓口に来た人	フリガナ 氏名(担当者名)	アサヒカワ タロウ 旭川 太郎		本人からみて	<input type="checkbox"/> 同居家族 <input checked="" type="checkbox"/> 別居家族 <input type="checkbox"/> その他	具体的な間柄(子・嫁など) (夫)		
	電話	○○-○○○○		提出代行者	<input type="checkbox"/> 地域 <input type="checkbox"/> 指定	等		
	事業所名	個人で代理提出する場合は記載不要です。						ご家族や兄弟姉妹、知人等の方がご申請される場合は該当欄にチェックを入れ、ご本人との間柄をご記入下さい。
	住所	旭川市6条通9丁目						
認定を受ける人(被保険者)	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号(マイナンバー)	○○○○○○○○○○○○○○○○○○○○				
	フリガナ 氏名	アサヒカワ ハナコ 旭川 花子		生年月日	明・大・昭	○年	○月	○日
	住所	住民票上の住所		旭川市6条通9丁目		被保険者証に記載されている内容		
	前回の認定結果	要介護 1 2 3 4 5 有効期間 ○年○月○日～		要支援 1 2 非該当		○年○月○日		
	主治医	医師名	氏	北海道	名	一郎	医療機関名	○○病院
		所在地	旭川市○○町○丁目○-○○		電話	○○-○○○○		

40～64歳の方(2号被保険者)のみ記入	40～64歳の方が認定を受ける場合は、必ず記載が必要です。		番号	
	医療保険者名		医療保険者番号	
	※2号被保険者の場合は医療保険証のコピーを必ず添付し、調査の同席者がいる場合は記入して下さい。			

訪問調査について	日程調整の連絡先	フリガナ 氏名	アサヒカワ タロウ 旭川 太郎		本人との関係	(夫)	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	同席者氏名	旭川 太郎 (夫)		
	調査場	この欄に記載されている方に、調査の日程調整のご連絡をいたします。		有料老人ホーム○○ 旭川市○条通○丁目		この欄に記載の住所へ、訪問調査に伺います。		<input type="checkbox"/> 住民票と同じ住所 <input checked="" type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()				
	期間	○年○月○日～○年○月○日		部屋番号	2階 210号室		駐車場	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 介護サービスを利用中 ・ <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用していない ・ <input type="checkbox"/> 暫定プランにてサービス利用中										
	都合の悪い日時	月曜日・水曜日は通院のため都合が悪いです。										
調査時の留意事項	調査の連絡は午後に希望します。夫婦申請のため同日調査希望。 ※ 訪問調査は休日・夜間を除いた時間帯でお願いします。						日程調整に関連して特記すべき事項があれば全てこの欄に記載してください。夫婦同時に申請し、同日調査を希望する場合はその旨を記載してください。					

備考欄(旭川市記入)

【裏面に続きます】
↓

支所	メモ入力	申請登録	受付者

記載例	フリガナ	アサヒカワ ハナコ		送付先変更を希望される場合は枠内をもれなく記入してください。										
	本人氏名	旭川 花子		被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7
	送付先住所	〒 ○ ○ ○ ○ - ○ ○ ○ ○ ○												
	施設または建物の名称	旭川市○条通○丁目												
	受取人氏名	旭川 花子		本人との関係	本人									
	受取人電話番号	○○-○○○○		変更理由	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅不在 <input type="checkbox"/> 本人の受け取りに不安がある <input type="checkbox"/> その他()									

【上記の送付先の変更について】

- ※ 送付先変更は被保険者証・認定通知書・延期通知書の送付先を今回の申請分に限り記載された送付先に発送するものです。次回以降の申請には反映されませんので、ご了承ください。
- ※ 申請代行者が送付先変更を希望される場合は、必ず事前に本人、家族や施設担当者等の了承を得てください。

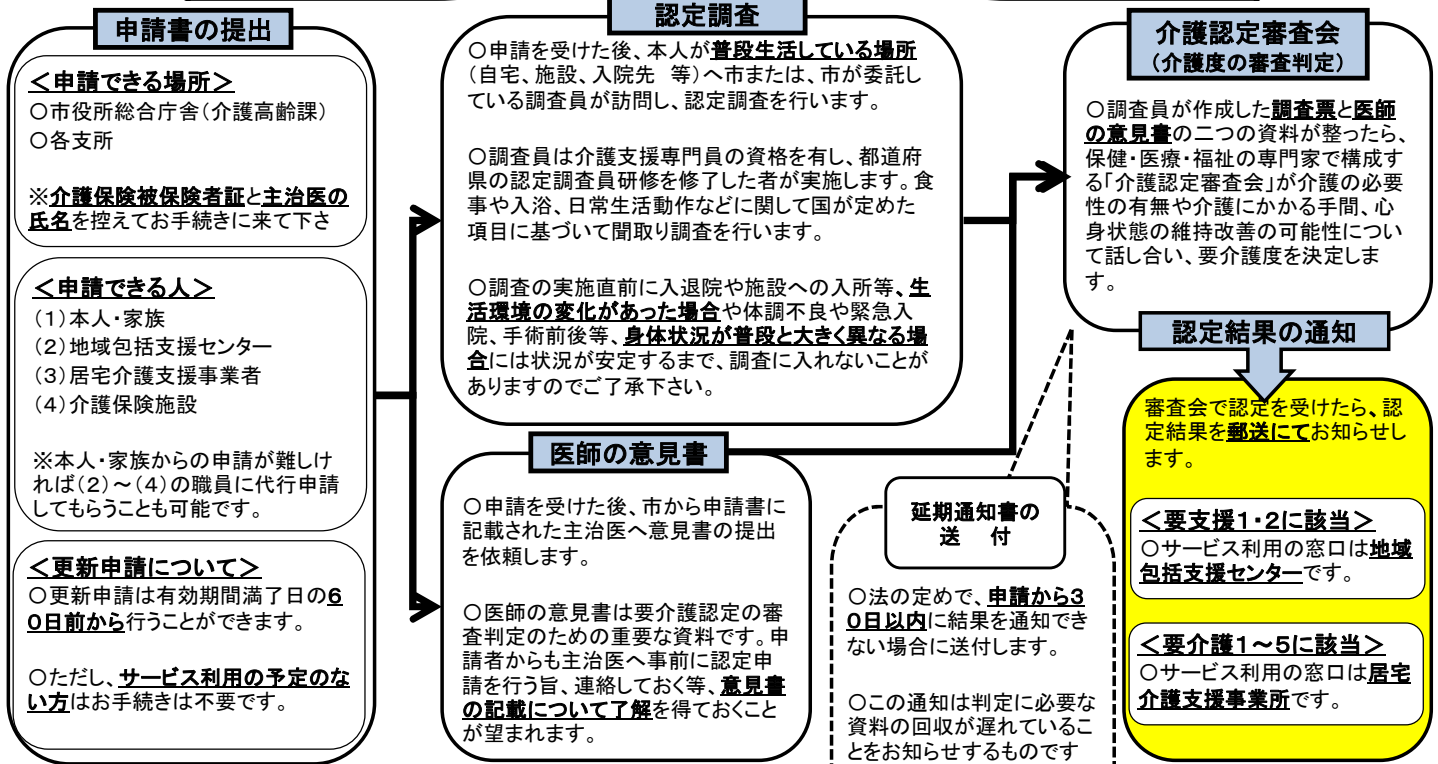
【医療機関への情報提供について】 かならずご確認下さい。

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に同意し

本人が署名することが難しい場合は、代筆者署名欄を必ずご記入下さい。

本人署名 旭川 花子 代筆者署名 旭川 太郎

認定申請をされるにあたって～ご確認ください～



署名欄	送付先