

記入例

台帳No. _____

介護保険 〔 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 〕 申請書

館山市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

区分

申請者氏名・名称	該当に〇《地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院》 《家族（続柄 妻 ）》 館山 花子	窓口に来る方（記入した方）のお名前・住所・連絡先を記入	2号
申請者住所	〒 294-0045 館山市北条1145	0470-22-3489	介護システム 申請入力

※申請者が被保険者 個人番号（マイナンバー）を記入 記載不要

介護保険被保険者番号	0000012345	個人番号	1234567890▲▲	主治医	
医療保険被保険者証	館山市	保険者番号	12345670	別送付先	
記号	123	番号	4567	枝番	00

フリガナ	タテヤマ タロウ	生年月日	昭和〇〇	医療保険証から転記 ※ 後期高齢者医療保険の場合は、 記号・枝番の記載は不要
氏名	館山 太郎	性別	男	
住所	〒 294-0045 館山市北条1145	電話番号	22-3489	

要介護状態区分	1 (2) 3 4 5	要支援状態区分	1 2	更新申請の場合のみ記入
有効期間	〇〇年〇〇月〇〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日			
前回の要介護認定の結果等	転出元自治体（市町村）名 [現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中で（すでに認定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」の場合、申請日			申請時点で、病院に入院中もしくは施設に入所中であれば、必ず記入
現在入院・入所している介護保険施設・医療機関等	施設の名前 〇〇病院	病棟	外、内科 リハビリ・その他 2 階 20× 号室	
	施設の所在地 館山市北条〇〇〇	期間	〇〇年〇〇月〇〇日～ 〇〇月〇〇日 (退院予定)	

別送付先	〒	本人の住所地以外へ書類送付を希望する場合には記入	依頼区分
主治医	医療機関名 〇〇病院	主治医の氏名 千葉 一郎 先生	在宅・施設
	所在地 〒 294-0045 館山市北条〇〇〇	電話番号 〇〇-〇〇〇〇	継
	直近の受診日 (〇〇 / 〇〇)		

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、要介護認定・要支援認定の調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、館山市から地域包括支援センター・居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した調査に従事した調査員に提示することに同意する。

本人署名	館山 太郎	同意する場合は、署名を忘れずに記入 ※ 本人の記入が困難な場合は代筆者が本人と代筆者氏名の両方の署名を記入
(代筆者氏名)	館山 花子	

必ず裏面もご記入ください。

◎調査時の希望

調査場所	自宅 ・ 施設 ・ 医療機関 その他 ()
家族の同席	必要性 無 ・ 有 (同席者 妻：館山 花子)

◎調査日程の連絡について

連絡先	自宅 ・ 申請者宅 ・ その他 (申請者携帯：090-0000-XXXX)
連絡時間	いつでも ・ その他 (午前中)

◎サービス利用状況

通所系サービス	利用日 月・火・水・木・金・土・日・毎日・その他 ()
訪問系サービス	

申請時利用しているサービスを記入

◎その他

※ 世帯の状況 (独居 ・ **高齢者世帯**)

現在の心身の状態 や 以前の申請時と比べて変わった点などを記入

(記載の一例)

- ・ 最近直前に伝えたことをよく忘れている
- ・ ひざの痛みからあまり出歩くことをしなくなり、認知機能の低下が心配
- ・ ○/○に心筋梗塞で倒れて以降寝たきり状態
- ・ **【更新申請で特に変わりがない場合】状態に変化なし**

◎2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名	
-------	--

40～64歳の方は下記「特定疾病」から医師に診断された病名を記入

説明 第2号被保険者(40～64歳の方)の特定疾病名
老化が原因とされる16種類の病気は以下のとおりです。

- | | | | |
|---|----------|--------------|---------|
| ①筋萎縮性側索硬化症 | ②後縦靭帯骨化症 | ③骨折を伴う骨粗しょう症 | ④多系統萎縮症 |
| ⑤初老期における認知症 | ⑥脊髄小脳変性症 | ⑦脊柱管狭窄症 | ⑧早老症 |
| ⑨糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症 | ⑩脳血管疾患 | | |
| ⑪進行性核上性麻痺・大脳基底核変性症・パーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】 | | | |
| ⑫閉塞性動脈硬化症 | ⑬関節リウマチ | ⑭慢性閉塞性肺疾患 | |
| ⑮両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 | | | |
| ⑯がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。) | | | |

※介護保険被保険者証及び被保険者の個人番号が確認できるものと、提出者の身分証明書をご持参ください。

※代理人による申請で被保険者の介護保険被保険者証がない場合は、委任状が必要です。

【館山市使用欄】※確認したものに☑及び○印		
<input type="checkbox"/> 身元確認	<input type="checkbox"/> 番号確認	<input type="checkbox"/> 代理権確認
<input type="checkbox"/> 顔写真付き身分証明書 (以下より1点) 個人番号カード ・ 運転免許証 身体障害者手帳 ・ パスポート 介護支援専門員証 ・ その他 ()	<input type="checkbox"/> 顔写真なし身分証明書 (以下より2点) 医療保険証 ・ 介護保険証 年金手帳 ・ 住民票写し その他 ()	委任状 介護保険証 その他 ()