

記入例

申請時に必要なもの

- (1) 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
(2) 介護保険被保険者証
※第2号被保険者(新規)は不要
(3) 窓口に来た方の本人確認証
郵送申請の場合、提出者(郵送者)の本人確認証の写し
(4) 医療保険に加入していることが確認できるもの(40歳以上65歳未満の人)

様式第8号

(あて先) 前橋市長
次のとおり申請します。

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

該当にチェック

■ 新規 □ 更新 □ 変更 □ 転入

申請日は、市で受理した日となります

被 保 険 者	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	申請年月日	令和3	年	4	月	1	日																					
	フリガナ	マエバシ タロウ											生年月日	昭和7	年	1	1	月	2	6	日																		
	氏名	前橋 太郎											性別	男	・	女	年齢	〇〇 歳																					
	住所 (住民票上)	〒 371 - 0026 前橋市大手町二丁目〇番〇号											電話番号	027 (111)			あてはまるものに○を記入し、申請日時点における被保険者本人の居所および状況を記入																						
	現在の居所 (あてはまるものに○及び必要事項を記入)	1	上記以外の場所	施設名 (方書)	介護病院 (病院・施設・親族の家など、)							住所	〒 371 - 0026 前橋市大手町一丁目△番△号																										
	変更申請理由	※変更申請の場合は記入 変更申請のみ、変更申請理由を具体的に記入											介護サービス利用(予定)状況	有	・	無																							
	心身の状態	現在、継続的に治療を受けたり、内服薬等の処方を受けている病名等を記入 胃癌、腰椎圧迫骨折、高血圧											病名等を記入			どちらかに○を記入																							
	現在の要介護状態等区分 (新規の場合は記入しない)	要支援	1	2	1	2	3	4	5	有効期間	年 月 日 から 年 月 日			該当にチェック																									
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名〔 〕																																						
	窓口(提出者)の方	氏名	前橋 花子											被保険者との関係	長女			代行事業者	☐ 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 ☐ 介護医療院 ☐ その他																				
主 治 医	住所	〒 371 - 〇〇〇〇 前橋市二丁目〇番〇号											電話番号	7 (111) 1111			最終受診日及び次回受診予定日を記入。入院中の場合は、記入しない																						
	代行事業者名	担当ケアマネジャー 氏名 担当施設職員																																					
	名称	介護病院											担当医	氏名	診療科 整形外科																								
	所在地	〒 371 - 0026 前橋市大手町一丁目△番△号											電話番号	027 (333) 3333																									
受診状況	定期的 ・ 不定期 ・ 入院中											次回受診予定日	年 月 日頃																										
調 査 連 絡 立 先 会 者	フリガナ	マエバシ ハナコ											被保険者との関係	日中連絡のとれる電話番号			090 (123) 4567																						
情 報 提 供 者	氏名	前橋 花子											長女	連絡のとりやすい時間帯			13時〜 ☐ いつでも可																						
	調査立会者所在地	前橋市・市外 ()											調査時に注意してほしいこと ・ 本人は耳が遠いので、大きな声で話してほしい。 ・ 本人は癌であることを知りません。本人の前で癌のことは聞かないでください。 ※調査は平日9時〜16時の間で行います。調査を希望する曜日 (月 火 水 木 金) ☒ いつでも可																										
	調査を希望する曜日																																						
医療保険者名																			〇〇健康保険組合																				
医療保険者番号																			11111111			医療保険記号			111			番号			11111			枝番			11		
第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入→																			特定疾病																				
裏面の内容について同意します。																																							
被保険者氏名(必須) 前橋 太郎																			代筆者氏名 前橋 花子							被保険者との関係 (長女)													
※被保険者本人が自署できない																			裏面の内容について同意し、本人が署名するか本人承諾のうえ代理人が代筆							の署名をお願いします。													
個人番号																			1			2			3			4			代筆の場合には、代筆者の署名が必要								
																			☐ 未回収(再交付申請済交付者)																				

- (1) 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、前橋市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を前橋市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）こと。
- (2) 認定調査のため、この申請書の写しを、認定調査に従事する調査員に提供すること。
- (3) 主治医意見書作成のため、この申請書に記載された情報を、主治医意見書に記載する医師に提供すること。
- (4) 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、当該認定が申請から30日を超える場合であっても、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。