

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) 医療保険証の写し
※第2号被保険者

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

申請日は、市で受理した日となります

該当にチェック

新規 更新 変更 転入

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11月26日	
	氏名	前橋 太郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	
	住所 (住民票上)	〒 371 - 0026	電話番号	027 (111)	
		前橋市大手町二丁目〇番〇号			
	現在の 居 所 (あてはまるものに○及び必要事項を記入)	<input checked="" type="radio"/> 上記の住所 <input type="checkbox"/> 同居家族有り <input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 上記施設入所中			
		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 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 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			どちらかに○を記入
現在の要介護状態等区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日 から 年 月 日	
(新規の場合は記入しない) ※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 [<input type="checkbox"/>] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい(申請日 年 月) <input checked="" type="checkbox"/> 該当にチェック (既に認定結果通知を受けている場合は「いいえ」を選択してください。)					
窓 口 (提出者) 来 た 方	氏名	前橋 花子	被保険者との関係	長女	
	住所	〒 371 - 〇〇〇	電話番号	027 (111) 1111	
主 治 医	名称	介護病院	担当氏名	〇〇	
	所在地	〒 371 - 0026 前橋市大手町一丁目△番△号	診療科	整形外科	
	受診状況	定期的 ・ 不定期 ・ <input checked="" type="radio"/> 入院中	電話番号	027 (333) 3333	
調 査 立 会 者	フリガナ	マエバシ ハナコ	被保険者との関係	長女	
	氏名	前橋 花子	日中連絡のとれる電話番号	090 (123) 4567	
	調査立会者所在地	前橋市〇・市外 ()	連絡のとりやすい時間帯	13時～ <input type="checkbox"/> いつでも可	
情 報 提 供	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。			
	調査を希望する曜日	※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に○をつけてください。 (月 火 水 木 金) <input checked="" type="checkbox"/> いつでも可			
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 ※「医療保険証」の写しの添付が必要 特定疾病名 <input checked="" type="checkbox"/> 第2号被保険者は記入 医療保険証 写し <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 第2号被保険者は医療保険証の写しを添付					
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場合には、本人承諾のうえ代理人による代筆が可能です。その場合には、代筆者の署名をお願いします。					
個人番号	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代筆の場合には、代筆者の署名が必要				

- (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市長が認めるときは、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、及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供すること。
- (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、主治医意見書を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。