

# 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) 医療保険資格の確認できるものの写し  
※第2号被保険者

様式第8号

## 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

(あて先) 前橋市長  
次のおと申請します。

該当にチェック

新規  更新  変更  転入

町コード

家族等同時調査

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	年齢	90 歳	
		前橋市大手町二丁目〇番〇号	電話番号	027 ( 111 )	
	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="checkbox"/> 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	住所		
		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	入院・入所日	令和3年 2月 2日
	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		退院・退所予定	未定 <input checked="" type="radio"/> 有 ( 3月 23日頃 )
	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		介護サービス利用(予定)状況	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無
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 要介護 1 2 3 4 5	有効期間	年 月 日 から 年 月 日		

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

住民票上の住所を記入

変更申請のみ、変更申請理由を具体的に記入

病名等を記入

該当にチェック

窓 口 に 来 た 方	氏名	前橋 花子	被保険者との関係	長女
	住所	〒 371 - 前橋市二丁目〇番〇号	代行事業者	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他
	代行事業者名	担当マネージャー 氏名 担当施設職員		

窓口に来た方の氏名を記入  
郵送の場合は、提出者(郵送者)氏名を記入

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

主 治 医	名称	介護病院	担当医	氏名		
	所在地	〒 371 - 0026 前橋市大手町一丁目△番△号	診療科	整形外科	電話番号	027 ( 333 ) 3333
	受診状況	定期的 ・ 不定期 ・ <input checked="" type="radio"/> 入院中	次回受診予定日	年 月 日頃		

調 査 立 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
	氏名	前橋 花子	長女	連絡のとりやすい時間帯	13時～ <input type="checkbox"/> いつでも可
	調査立会者所在地	前橋市△・市外 ( )			

調査時に注意が必要なことやサービス利用状況等を記入

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(月火水木金) <input checked="" type="checkbox"/> いつでも可		駐車場 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無

2号被保険者は記入必須

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場合には、本人承諾のうえ、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					
個人番号					

- (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。