

介護保険（要介護・要支援）認定申請書記入例 表面

- 1 該当する申請区分を選んでください。
- 2 申請者が被保険者ご本人以外の方の場合は記入してください。
- 3 ご本人の氏名、住民登録地・個人番号等を記入してください。被保険者番号は、介護保険の被保険者証をご確認ください。
- 4 住民登録地以外に居住している方は記入してください。入所・入院期間は、分かる範囲で記入してください。
- 5 6 被保険者証を確認し、記入してください。新規の申請をする場合は記入不要です。
- 7 有効期間内に区分変更などを申請するときは、具体的な状態を記入してください。（例：病状が悪化した）（例：歩けなくなった）
- 8 主治医の氏名、病院名、所在地、電話番号を必ず記入してください。（依頼先が④と同じの場合は「入院先」に1点のみで可）前回/次回受診日を記入してください。
- 9 医療保険者番号等の記入をお願いします。（国保・後期高齢の方は1点のみで可）65歳未満の方は、特定疾病名を記入し、医療保険証の写しを添付してください。

介護保険（要介護・要支援）認定申請書

申請日 令和XX年 4月 8日 受付者()

横須賀市長 次のとおり申請します。

申請者（※被保険者本人の場合は記入する必要はありません。）
 フリガナ カイゴ ハナコ 被保険者との関係（妻）
 氏名 介護 花子
 住所 被保険者と同じ
 電話 () 携帯電話・職場等 080-XXXX-XXXX

申請区分 新規 更新 1 要介護・要支援状態区分変更
 要支援から要介護への変更 転入による申請

被保険者番号 0001234567

フリガナ カイゴ タロウ
 氏名 介護 太郎 (男) 女 3 生年月日 明・大(昭) XX年 10月 25日 (年齢XX歳)

住所(住民登録地) 電話 046 (xxx) xxxx
 (〒238-0000) 横須賀市 〇〇町 1丁目 2番 3号 よこすかマンション101号室

現在の居所、入院・入所先(※現在、上記住所に居住していない方は、実際の居住地等を記入してください。)
 (〒238-0000) 横須賀市 〇〇町 1丁目 1番地
 施設名等 〇〇病院 東病棟 3階 31号室 4
 電話 046 (xxx) xxxxx 入所・入院(予定)期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

現在の要介護状態 区分 5 1 2 3 4 5 変更申請の理由(※新規・更新申請は記入不要です)
 状態 1 2 3 4 5 (要介護等状態区分変更の申請をする方のみ記入してください) 7

認定有効期間 令和 6 年 月 日 ~ 令和 年 月 日

主治医(医師)氏名 認定 正 〇〇科
 受診日 加回: 令和 〇 年 〇 月 〇 日 減回: 令和 〇 年 〇 月 〇 日
 医療機関名 〇〇病院 8
 所在地 電話 046 (xxx) xxxxx
 横須賀市 〇〇町 1丁目 1番地

医療保険 後期高齢 国保
 その他 (保険者名 〇〇社会保険事務所)
 被保険者番号 XXXXXXXX
 被保険者証 記号・番号 XXXXXXXX 検査 XX

特定疾病名 第2号被保険者(65歳未満)のみ記入してください
 ※医療保険証の写しを添付してください 骨折を伴う骨粗しょう症

介護サービス計画又は介護予防サービス計画等を作成する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・意見及び主治医意見書を横須賀市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設、認知症対応型共同生活介護事業者又は特定施設入居者生活介護事業者の関係人に、また主治医意見書を作成した主治医が要介護認定結果の情報提供を希望するときは、要介護認定結果を当該主治医に提示することに同意します。

被保険者氏名 介護 太郎 代筆者氏名 介護 花子 (被保険者との続柄 妻) 10
 ※この情報提供に関する同意欄の代筆をできる方は、被保険者のご親族の方です。(事業者・施設等職員の代筆は不可)

提出代行者 (口地域包括支援センター 口指定居宅介護支援事業者 口指定介護老人福祉施設 口介護老人保健施設 口介護医療院)
 名称 11
 所在地 担当 記入しないでください) 事業者番号
 電話 ()

受理年月日 処 理 申請書 意見書 調査 被保険者証 回収 未収(紛・調・後)
 意見書依頼 医療機関郵送 窓口交付 医療保険証写し添付 あり なし
 調査区分 直営(口一定期間) 12 前回転入 その他 事業団 よこすか 委託
 調査予定 月 日 () 時刻指定 (:) 01 02 04 05
 申請番号 120200

* (裏面あり)太枠内を記入してください。二重枠内は、よくお読みになり同意するときは署名してください。

- 12 事務処理欄です。記入しないでください。
- 11 代行事業者欄です。記入しないでください。
- 10 ご本人が書けないときなど、ご親族等が代筆できます。

申請書の提出に際して

- 「介護保険被保険者証」を添付してください。
- 65歳未満の方(第2号被保険者)の申請は、「医療保険被保険者証」の写しの添付をお願いします。個人番号(マイナンバー)を記入される場合、本人申請では①個人番号カード又は通知カード②運転免許証などの顔写真付本人確認書類(又は保険証などの顔写真なしの本人確認書類は2点)の提示をお願いします。代理人の方が申請する場合は①代理であることを確認できる書類(委任状、保険証など)②代理の方の運転免許証などの顔写真付本人確認書類(又は保険証などの顔写真なしの本人確認書類は2点)③ご本人の個人番号カード又は通知カードの掲示をお願いします。郵送申請では各書類のコピーの同封をお願いします。
- 申請場所は介護保険課(横須賀市役所 分館2階)、または市内に4か所ある健康福祉センターです。

介護保険（要介護・要支援）認定申請書記入例 裏面

調査する場所（認定調査員がご自宅等を訪問し、心身の状況などについて本人と家族等に聞き取り調査を行う場所です。）

自宅（住民登録地） 住所 〒238-0000 横須賀市〇〇町1234番地（長男宅）

現在の居所、入院・入所先 施設名等

その他（右欄に記入） 電話 046 (xxx)xxxx 入院・入所予定日：令和 年 月 日

調査立会人 ※個人情報になりますので、必ず立ち会っていただける方の了解を得たうえで記入してください。

申請者 フリガナ カイゴ イチロウ 氏名 介護 一郎 被保険者との関係（長男）

その他 ※ 住所 〒238-0000 横須賀市〇〇町1234番地

固定電話046 (xxx)xxxx 携帯電話・職場等 080-xxxx-xxxx (※事業所・施設の方が立会人になる場合はご家族に立会人になる旨お伝えください。)

調査の都合の悪い日等 (サービス利用日、通院日等で都合の悪い曜日や、立会人の都合の悪い日等を記入してください。)

立会人、毎週月・水・金曜、透析。火・木曜日希望。

※ 被保険者の状況を記入してください。

- ・家族状況（独居・家族構成）：夫婦二人暮らし
- ・申請に至る経緯：××年12月25日、自宅にて転倒して骨折し入院。車椅子移動。体を支えても腰が落ちてしまい、足がなかなか前に出ない状態。食事摂取は自力で可能。
- ・最近の疾病・認知症の状況：左大腿部骨折
- ・最近の入所・入院の状況：××年12月25日から入院中
- ・介護保険サービスの利用状況：自宅での介護は難しく、退院後は長男宅で訪問介護を利用予定。
- ・認定調査時に気をつけること：本人は耳が遠いので大きめの声で話してほしい。

※ 認定調査員が訪問の際に軽自動車を駐車できる場所 あり（敷地内 その他：）なし

※ 暫定ケアプラン利用予定 あり なし ※ 提出代行者による調査 可 不可（理由：）

*介護保険課(調査係)事務処理欄

委託先区分	<input type="checkbox"/> 提出代行者 <input type="checkbox"/> 事業団 <input type="checkbox"/> よこすか <input type="checkbox"/> その他	委託料区分	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 無償
事業者番号	事業者名	<input type="checkbox"/> 新規	
連絡年月日	経過		
月 日			
月 日	記入しないでください		
月 日			
月 日			

- 13 該当する場所を選んでください。「その他」のときは右欄に住所、施設名などを記入してください。入院・入所の日がわかるときは、あわせて記入してください。
- 14 調査立会人を決めてください。申請者以外の場合は、承諾を得たうえで右欄に記入してください。自宅及び日中連絡が取れる携帯電話・職場等の連絡先を必ず記入してください。
- 15 訪問調査の日程について都合の悪い日、曜日などがありましたら記入してください。
- 16 被保険者の状況を例文を参考に記入してください。暫定ケアプラン利用予定は、介護サービスを現在利用されている場合、ケアマネジャーに確認して「あり」または「なし」を選択してください。
- 17 介護保険課(調査係)事務処理欄です。記入しないでください。

ご相談・お問い合わせ先

〒238-8550 神奈川県横須賀市小川町11番地 横須賀市民生局福祉こども部



■ 認定申請について 介護保険課認定係 046-822-8310

■ 訪問調査について 介護保険課調査担当 046-822-9588

郵送申請時は、認定係宛に送付願います。