

介護保険（要介護・要支援）認定申請書記入例 表面

介護保険（要介護・要支援） 認定申請書

☐ 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

申請日 令和××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 タロウ 氏名 **介護 花子** 被保険者との関係（妻）
 住所（〒 〇〇〇〇〇）
☒ 被保険者と同じ **②**
 電話（ ） 携帯電話・職場等 080-xxxx-xxxx（ ）

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

被保険者 (認定を受ける方)	マケバ - 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7
フリガナ	カイゴ タロウ	生年月日	明・大・昭 ××年 10 月 25 日 (年齢×× 歳)
氏 名	介護 太郎 ③ (男)	住所(住民登録地)	〒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 511号室		
電 話046 (xxx)xxxx	入所・入院(予定)期間: 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		

現在の要介護等 状 態 区 分	なし 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 ②	変更申請の理由(※新規・更新申請は記入不要です) (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)
認定有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日末	⑦

主治 医 氏 名	氏 名 認定 正 〇〇科	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) 保険者番号 XXXXXXXX 記号・番号 XXXXXXXX 枝番 XX
受診日	回: 令和 〇 年 〇 月 〇 日 回: 令和 〇 年 〇 月 〇 日	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・資格確認等の写しを添付してください 骨折を伴う骨粗しょう症
医療機関名	〇〇病院 ⑧ ☐ 入院中		
所在地	電話 046 (xxx)xxxx 横須賀市 〇〇町 1 丁目 1 番地		

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、小規模多機能型居宅介護事業者、看護小規模多機能型居宅介護事業者、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 **⑩** 介護 花子 (被保険者との続柄 妻)
 ※ 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)

(口地域包括支援センター ☒ 指定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)

提出代行 者	名称 〇〇居宅介護支援事業所 ⑪ 所在地 横須賀市 〇〇町 2 丁目 3 番 4 担当者 (職員名) 事業者番号 XXXXXXXXXX 電 話 046 (xxx)xxxx ※提出代行者による調査 ☐ 可 ☐ 不可
-----------	---

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・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	☐ 一定期間 ☐ 前回 ⑫ ☐ その他	口市 ☐ 口かな認 ☐ 口かな福 ☐ その他 ☐ 代
	調査予定	月 日 ()	時刻指定 (:) 01 02 04 05
申 請 番 号		1 2 0 2 0 0	

記入しないでください

- 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 被保険者の氏名、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、介護保険の介護保険被保険者証をご確認ください。
 - 4 現在、住民登録地以外に居住している方は記入してください。
入所または入院期間が、わかっているときはあわせて記入してください。
 - 5 6 介護保険被保険者証を確認し、記入してください。新規申請の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)
 - 8 主治医の氏名、病院、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」にレ点のみで可))
前回/次回受診日を必ず記
 - 9 医療保険者番号等の記入をお願いします。(国保・後期高齢の方はレ点のみで可)65歳未満の方は、特定疾病を記入し、医療保険証・資格確認書等の写しを添付してください。
 - 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。個人番号を記入された場合は本人の通知カード等をご持参ください。
- 65歳未満の方（第二号被保険者）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。申請時点で有効な健康保険証・資格確認書・資格情報のお知らせ・マイナポータルで確認できる「医療保険の資格情報画面」の写しも可能。
- 介護保険課（横須賀市役所 分館2階）へ申請してください。

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） ☐ 現在の居所、入院・入所先 ☒ その他（右欄に記入）		住所 〒238-0000 横須賀市〇〇町1234番地（長男宅） 施設名等 電話 046 (xxx)xxxxx 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 ☒ その他 ※			フリガナ カイゴ イチロウ 氏名 介護 一郎 住所 〒238-0000 横須賀市〇〇町1234番地 固定電話 046 (xxx)xxxxx 携帯電話・職場等 080-xxxx-xxxxx （※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（口敷地内 ☐ その他： ☐ なし ※ 暫定ケアプラン利用予定 ☐ あり ☐ なし			
※ 介護保険課（調査係）事務処理欄			
事業者番号	事業者名		
連絡年月日	経 過		
月 日			
月 日			
月 日			
月 日			

- 13 該当する場所を選んでください。
「その他」のときは住所、施設名などを記入してください。また入院・入所の日があらかじめわかっているときはあわせて記入してください。
- 14 調査立会人が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。
調査立会人の自宅及び日中連絡が取れる携帯電話・職場など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。
暫定ケアプランの利用予定について「あり」・「なし」を選択し、記入してください。
代行申請の場合、調査委託の可否を記入してください。
- 17 介護保険課（調査係）事務処理欄ですので、何も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 |