

介護保険 要介護認定・要支援認定(新規・更新・変更)申請書の記入について

記入例 介護保険 要介護認定・要支援認定 **①新規・更新・変更** 申請書

次のとおり申請します。 申請年月日 令和〇〇年 △△月□□日

② 介護保険被保険者番号	3 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	個人番号は記入不要です。			
③ 医療保険	保険者名 和歌山県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39303912			
	被保険者証 記号	番号	00000000	枝番		
	フリガナ ミナベ タロウ	生年月日	明・大 昭	□□年△△月□□日		
	氏名 みなべ 太郎	性別	男	女		
	住所 〒640-0000 日高郡みなべ町△△123-4	電話番号	0739-××-××××			
④ 前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2	有効期限	平成 令和 ×年 △月 □日 から 令和 ○年 □月 △日			
⑤ サービスの利用状況	デイサービス 週2回(月・木) ショートステイ 月3日					
⑥ 新規・変更は申請理由	〇〇により身体機能が低下し、介護量が増加したため。					
⑦ 過去6か月間の介護保険施設	介護保険施設の種類等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日			
	介護保険施設の種類等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日			
	医療機関等入院、入所の有無	〇〇病院	期間	○年 □月 ×日～○年 △月 □日		
	有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日		
⑧ 提出代行者	名称	該当に〇(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、指定介護療養型医療施設、介護医療院)				
	住所	〒 電話番号				
⑨ 主治医	主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院△△科		
	所在地	〒000-0000 〇〇市△△0000 電話番号××××××-××××				
⑩ 第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入						
⑩ 特定疾病名						
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、及び主治医意見書を、みなべ町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示することに同意します。						
⑪ 本人氏名	みなべ 太郎					

①【申請区分】

該当する申請区分に「〇」を付けて下さい。

②【介護保険被保険者番号】

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号(10桁)を記入してください。

③【医療保険】

加入している医療保険者名・記号番号等を記入してください。

④【前回の要介護認定の結果等】※新規申請の場合は不要です。

現在の認定区分と期間を記入してください。

⑤【サービスの利用状況】

介護保険サービスを利用している場合は、サービス名や回数等を記入してください。

⑥【申請理由】※更新申請の場合は不要です。

身体状況の変化や利用を希望している介護サービスなど、簡潔に記入してください。

⑦【過去6か月間の施設利用・入院の有無】

過去6か月間に入院・施設利用(ショートステイは除く)がなければ記入不要です。

⑧【提出代行者】

ケアマネージャーや介護保険施設等の職員が提出を代行する場合に記入してください。

※本人または家族が申請する場合は記入不要です。

⑨【主治医】

総合病院など複数の診療科がある医療機関の場合は、医療機関名欄に診療科名も記入してください。

⑩【特定疾病名】

第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方で、特定疾病により要介護認定を受ける場合に記入してください。※特定疾病とは、加齢と関係があり、要支援・要介護状態の原因となる心身の障害を引き起こす疾病のことです。

⑪【本人氏名】

同意内容を確認のうえ、本人氏名の記名をしてください。