

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

受付印

朝霞市
次のとお

“介護保険の被保険者番号”を記入してください。
医療保険の番号と間違えないよう気をつけてください。

個人番号(マイナンバー)を
記入してください。

◎ 介護保険被保険者

月 日
市が受理した日となり
歳の新規申請者を除く

被 保 険 者	被保険者番号	0000123456		個人番号	*****-*****-*****	
	医療保険 被保険者証	保険者名	アサカ タロウ		保険者番号	
	記号	番号	枝番			
	申請区分	新規 更新 変更				
被 保 険 者	フリガナ	アサカ タロウ				
	氏名	朝霞 太郎				
	生年月日	明・大・ 昭	1年	1月	1日	(95歳) 性別 男 ・女
	住所	〒 351 - 8501		朝霞市本町 1 - 1 - 1		
	電話番号	048 (463) 1111				
	介護保険施設・医療機関等 入院・入所の有無 (短期入所を除く)	有	名称	年 月 日 から 現在入院・入所中		
電話番号	()					
前回の要介護 認定の結果等	*要介護 支援更 定の場 み記入	申請日時点で施設入所または入院中の場合は、 「有」に○をして病院名等を記入してください。				
	※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 []	い・いい			
主 治 医	医療機関名	〇〇病院		直近の受診日	令和〇年 4月 1日	
	診療科目名	整形外科		※次回予約日	令和〇年 4月 15日 受診予約のある方のみ記入	
	主治医の氏名 (1名のみ記入)	〇〇 〇〇先生				
	所在地	〒 朝霞市本町 1 -		番号 048 (463) 0000		
市 へ 書 類 を 提 出 す る 人	<input type="checkbox"/> 本人	アサカ ハナコ				
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	フリガナ 代理人の氏名	朝霞 花子		本人との関係	長女
	住所	〒 351 - 8501		朝霞市本町 1 - 1 - 1		
電話番号	048 (463) 1111					
<input type="checkbox"/> 提出代行	※該当に○(地 他、介護医療院	介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その 番号 ()				

第2号被保険者(40~64歳)の場合は、
必ず記入してください。

申請日時点で施設入所または入院中の場合は、
「有」に○をして病院名等を記入してください。

ひと月以上受診していない場合や薬だけもらって
いる場合は、必ず診察を受けてください。

入院中の場合は、看護師等に
主治医を確認してください。

第2号被保険者(40~64歳)の場合は、
特定疾病名を必ず記入してください。

※ 2号被保険者(40歳から64歳の医療
加入者)のみ記入

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、朝霞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、主治医意見書に記載した医師又は認定調査員に
従事した調査員に提示することに同意します。
更新申請に係る認定が有効期間内に行われる場合は、申請から30日
内容を確認のうえ、署名をお願いします。

(同意する場合は、右欄にご署名をお願いします)

本人氏名	朝霞 太郎
代筆者氏名	朝霞 花子 (ご本人との関係 長女)

裏面も記入してください

記入例

(裏)

認定調査に関する確認票

該当する箇所の□欄にチェックを入れ、記入をお願いします。

本人宅の場合は、記入不要です。
息子宅等に一時滞在している場合は、
その住所を記入してください。

家族状況		<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input checked="" type="checkbox"/> 親族と同居			
訪問先	■ 自宅	住所	※訪問先が本人の住民登録地と異なる場合は記入してください。(例：息子宅の場合)		
		表札	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	アパート・マンション名	
	□ 施設・病院	施設・病院名	棟 階 号室		
		住所			
	電話番号	Tel			

日程調整先は、調査当日に立ち会われる方が望ましいです。
入所・入院中の場合は、施設職員等と調整してから記入してください。

日程調整先	フリガナ氏名	アサカ ハナコ				
		朝霞 花子	本人との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 親族 (娘) <input type="checkbox"/> ケアマネ・施設職員等 <input type="checkbox"/> その他 ()		
	電話番号 ※平日の日中に連絡を取りやすい電話番号を記入してください。	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> その他 () Tel 000-0000-0000 留守電 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	平日に連絡を取りやすい時間帯	<input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (12 時から 13 時)				
調査に都合の悪い日 (該当する箇所に“×”) ※調査は原則として、平日の日中に実施します。 ※調査時間はおよそ1時間です。		月	火	水	木	金
	午前	×		×	×	
	午後	×		×		

日程調整の参考にさせていただきます。
詳しくは、連絡する調査員と調整してください。

立会い	■ する	立会者氏名	朝霞 花子、介護 太郎		
	□ しない	本人との関係	娘、ケアマネジャー		

居宅介護支援事業所または地域包括支援センターへ相談されている方は記入してください。

事業所名	居宅介護支援事業所〇〇〇〇〇〇	担当ケアマネジャー	介護 太郎
サービスの利用 (利用希望)	<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ホームヘルプ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (ベッド、杖、手すり)	<input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修	

ケアマネジャーが調査に同席される場合は、「立会い」の欄にも記入してください。

事前の伝達事項、注意事項がありましたら記入してください。

【市処理】	事前の伝達事項、注意事項の記入例 ・希望する曜日、日にち、時間帯 ・病状等、事前に伝えておきたいこと (耳が遠い、本人に病状を伝えていないなど) ・入院中の場合は、入院・転院の予定 ・犬や猫などを飼われている (調査当日は、別室やゲージに入れるなどの対応をお願いします。) ・その他、事前の伝達事項、注意事項がありましたら記入してください。	受付者	員
-------	---	-----	---