

介護保険 } 要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

（宛先）今治市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号				個人番号				
	医療 保 険	保険者名				保険者番号			
		被保険者証		記号	番号		枝番		
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏名				性別		男 ・ 女		
	住所				電話番号				
	前回の要 介護認定 の結果等		※要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2		
			有効期間		年 月 日から		年 月 日まで		
			※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 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
	現在の介護 保険施設・ 医療機関等 入院、入所 の有無		介護保険施設等の名称				期間 年 月 日～ 年 月 日		
有 ・ 無		医療機関等の名称				期間 年 月 日～ 年 月 日			

提 出 代 行 者	名 称	該当に○（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					

主 治 医	主治医の氏名			医療機関名		
	所 在 地	〒		電話番号		
受診状況 （入所者は記 入必要無）	月に 回	最近の受診日		受診予定		

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

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、今治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。

要 介 護 認 定 調 査 事業者名	
-----------------------	--

本人氏名 _____
代筆者 _____
氏名・続柄 _____

（裏面も記入してください。）

訪問調査連絡票

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。
太線の中は必ずご記入ください。

被 保 険 者 番 号				被 保 険 者 氏 名			
訪問調査先 (住民票と違う 場合のみ) どちらかに○ をつけて記入	住 所 (マンション等の方は 棟名及び部屋番号まで ご記入ください。)			() 方 電話番号			
	入院、入所先 (病院、介護保険施設、 ケアハウス・グループホー ム等に入所している場合)			※入院中の場合は病室の部屋番号まで記入してください。 () 号室)			
				退院退所 予定 ※該当に○	有 (月 日予定) ・ 無		
同居人の有無				有 ・ 無 (独居)			
同席希望の有無				有 ・ 無 ※必ずどちらかに○をつけてください。			
同席を希望される方のみ ご記入ください。				フリガナ 氏 名..... 住 所..... 連絡先 (平日昼間) TEL..... 携 帯..... 被保険者との関係			
都合の悪い曜日や時間帯				有 () 無			
家族等連絡先 ※ 同席者以外で連絡が必要な方がいれば ご記入ください。				氏 名			
				TEL			
備 考 (申請理由・希望サービスなど)							

調査時に留意して欲しいことなどある場合は備考欄に記入ください。

申請書記入例

申請が初めてならば上段を、
更新手続ならば下段を丸で囲んでください。

要介護認定・要支援認定

要介護更新認定・要支援更新認定

申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療保険	保険者名	被保険者証	記号
	フリガナ	氏名	性別
	イマバリ タロウ	今治 太郎	男
	〒794-0000	今治市〇〇町〇〇番地	電話番号 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇
険者	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5
	現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称	特別養護老人ホーム〇〇〇〇

医療保険被保険者番号等の記入及び医療保険被保険者証の写しの添付が必要です。

必ず申請年月日を記入してください。

14日以内に他市町村から転入された場合は記入してください。

施設入所中または医療機関入院中の場合は「有」に〇をし、施設名(上段)又は病院名(下段)を記入してください。入院(入所)期間の記入もお願いします。退院(退所)日が決まっている場合、記入してください。

かかりつけの医療機関の情報を記入してください。事前に担当医に介護保険の主治医意見書が作成できるか確認をお願いします。

主治医	名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒794-0000 愛媛県今治市〇〇町〇〇番地	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
受診状況	月に 〇 回	最近の受診日	〇月〇日	受診予定	〇月〇日

主治医	名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒794-0000 愛媛県今治市〇〇町〇〇番地	電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	
受診状況	月に 〇 回	最近の受診日	〇月〇日	受診予定	〇月〇日

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

特定疾病名	
-------	--

第二号被保険者の方(40歳から64歳の医療保険加入者)は「特定疾病」に該当しなければ申請を行えませんので、必ず主治医に疾病名を確認の上、記入してください。65歳以上の方は記入不要です。

本人又は代筆者が記入してください。代筆者が記入した場合、代筆者の氏名と続柄も記入してください。

本人氏名 今治 太郎
代筆者 氏名・続柄 今治 花子(妻)

訪問調査連絡票

申請書記入例

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。
太線の中は必ずご記入ください。

被保険者番号				被保険者氏名							
0	0	0	0	0	0	0	0	今治 太郎			
訪問調査先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入		住所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。)		住民票の住所地以外での調査を希望する場合は必ず記入してください。家族宅等での調査を希望する場合は上段に、病院や施設での調査を希望する場合は下段に記入してください。) 方			
		入院、入所先 (病院、介護保険施設、ケアハウス・グループホーム等に入所している場合)						特別養護老人ホーム〇〇〇〇		(〇〇〇 号室)	
				退院退所予定	有 (月 日予定) ・ 無		※該当に○				
同居人の有無				有 ・ 無 (独居)							
同席希望の有無				有 ・ 無							
訪問調査に同席を希望する場合、記入をお願いします。調査員が連絡しますので、必ず連絡先の記入をお願いします。対象者のみでは受け答えが困難な場合はできるだけ同席をお願いします。				イマバリ ハナコ		今治 花子					
				住所 今治市〇〇町〇〇番地		連絡先 (平日昼間) TEL 〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇		携帯 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇		保険者との関係 妻	
調査員が事前連絡をし、訪問調査の日程をご相談しますが、あらかじめ都合の悪い曜日や時間帯がわかっている場合、記入してください。 都合の悪い曜日や時間帯				有		無					
				氏名		TEL					
家族等連絡先 ※ 同席者以外で連絡が必要な方がいればご記入ください。				氏名		TEL					
備考 (申請理由・希望サービスなど)											

調査時に留意して欲しいことなどある場合は備考欄に記入ください