

記入例

要介護・要支援〔新規・更新・変更〕認定申請書

以下のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

申請者	本人との関係	本人との関係 定介護老人福祉
提出代行事業者名称	該当に○	委任状が必要な申請者は以下のとおりです。 グループホーム・ケアハウス 病院のSW
申請者住所	〒	電話番号

窓口申請にきた日・郵送で書類を受付けた日が申請日となります。
(書類が揃っていない場合は受付できません。)
※1日が土日祝日で変更申請の場合、事前相談があったものに限り1日で受付します。

介護保険被保険者番号	個人番号	医療保険被保険者証記号	番号	枝番
医療保険被保険者証記号				
氏名	生年月日	大・昭	年	月 日
住所	性別	男・女	電話番号	
前回の要介護認定等	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
申請理由	例)脳梗塞発症後、経鼻栄養が必要となり対応できる施設を検討するため介護認定の見直しを希望するため。 例)退院後、認知症状が悪化し家族の介護の手間が増えたため、デイサービスの回数の増加を希望し区分変更。			
過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等への入院・入所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地	電話番号	間	年 月 日
有・無	本人の現在介護が必要となっている病名と状態を具体的に記載できる医師に依頼してください。 例)認知症状の進行で介護申請 定期的に足が悪くA整形外科受診している。 認知症状のことはB病院に相談している。			
緊急連絡先	氏名			

※事務局欄

主治医 電算入力
意見書 送付日
郵送・手渡
調査日程 調整
遅延通知 発送日
備考

主治医・指定医	医師の氏名	受診日	電話番号
※いずれかに○	(ふりがな)	受診日を記入してください。近日中に受診予定がない場合は受診を促してください。	

訪問調査立会者	有・無	調査希望日	立会者は普段の様子を一番把握されている人が立会ってください。独居で家族いない等把握する人がいない場合は、ケアマネジャーの立会も可能です。
立会者の連絡先	氏名		
(該当に○) 調査場所	1 住所地 2 入院・入所先	〒	調査場所について、一時的に他の場所に滞在している場合は滞在場所を記入してください。

認定結果通知等の送付先	<input type="checkbox"/> 被保険者宛 (住民基本台帳上の住所)	<input type="checkbox"/> 申請者宛	<input type="checkbox"/> その他 (下欄に送付先を記入ください)
氏名(宛名)	住所	〒	

2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	※特定疾病 がん(がん末期)/関節リウマチ/筋萎縮性側索硬化症/後縦靭帯骨化症/糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症 骨折を伴う骨粗鬆症/初老期における認知症/脊髄小脳変性症/脊柱管狭窄症/早老症/多系統萎縮症/脳血管疾患 閉塞性動脈硬化症/慢性閉塞性肺疾患/両側の膝関節、股関節に著しい変形を伴う変形性関節症/進行性核上性麻痺 大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病(パーキンソン病関連疾病)
------------------------------	-------	---

本人氏名	代筆者署名	続柄
		本人自筆の場合は代筆者の記入は不要です。