

申請書記入例

介護保険被保険者証に記載された10ケタの番号を記入してください。

次のとおり申請します。

要介護・要支援更新認定
要介護・要支援認定区分

☆申請時に必要なもの☆

- ・介護保険被保険者証（郵送の場合も原本を同封）
- ・公的医療保険の被保険者証（国民健康保険証など）

医療保険被保険者証等の内容を記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号		2 0 0 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇													
	個人番号		* * * * * * * * * *													
	医療 保 険	保険者名														
		被保険者証	記号						番号							
	フリガナ		イガ ハナコ													
	氏 名		伊賀 花子													
住 所		〒 518 - 〇〇〇〇 伊賀市四十九町〇〇番地														
		電話番号 0595(26)														
		要介護度状態区分					要支援 1 2					要介護 1 2 3 4 5				
		有効期間					年 月 日 から					年 月 日				
		転入元自治体（市町村）名〔 〕					現在、転入元自治体に要介護・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									
過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入院・入所の有無		無		有		入所施設名 所在地										

現在、介護保険施設等に入所・入院されている場合は、その施設名等を記入してください。

提出者（来庁する人または郵送申請をする人）の住所・氏名等を記入してください。
※代行の場合は、事業所名・住所提出者の氏名を記入してください。

主治医の診察を受けていますか？

数ヶ月受診されていないと、主治医意見書の作成ができない場合があります。その場合、受診のお願いの連絡をさしあげることがあります。

介護認定を受けるために、現在のご本人の状態をよく分かっている医師を記入してください。
記入された医師へ市役所から意見書記入の依頼をします。

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	※65歳未満で2号認定を受けている方は特定疾病名を必ずご記入ください。
-------	-------------------------------------

介護サービス計画の作成等介護保険事業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、介護認定審査者、居宅サービス事提示することに同意

やむを得ない理由で本人が署名できない場合は、本人に同意の意思を確認し、申請者が代筆署名してください。

本人署名 伊賀 花子
代筆 伊賀 太郎

様式第 6 号（第 11 条関係）

訪問調査にあたり、下記の□にチェック（レ点）を付けた上、必要事項をご記入下さい。

申請理由
(新規申請・変更申請の場合)

※更新の場合は、原則として申請理由の記入は不要です。
(心身の状況等について、特にお伝えしたいことがあればご記入ください)

○訪問調査日として都合の悪い日・悪い時間等をお聞きます。

[土・日曜日、祝日、12月29日～1月3日は実施しておりません。]

☐いつでもよい

☒通院やデイサービス利用日等で都合の悪い日、悪い曜日

水曜日はデイサービスのため都合が悪い

[実施時間は、~~9:00~~ 10:30、13:30、15:00 です]

☐いつでもよい

☒都合の悪い時間帯がある（上記実施時間に×をつけてください）

○訪問調査先について

☐自宅 ()団地・アパート()階()号棟

☐施設 ☐入所中 施設名

☐短期入所（ショートステイ）施設名 [利用期間] ~

☒入院先の病院（ ☐月 ☐日から入院） ☐総合 病院 ☐病棟 号室

退院の目途 ☒有り ☐無し

主治医の許可 ☒有り ☐無し

☐その他（自宅以外） 場所名

入院中の場合は状態が安定してから調査を行います。
①入院した日②病室③退院予定日（目処）を必ず記入してください。
また、主治医の許可が必要ですので、病院と相談して事前にご確認ください。

○調査時の立会いの有無について

☒有り 氏名 伊賀 太郎 （本人との関係： 夫 ）

☐無し 理由

[当日、調査対象者の方の状態や介護の様子をありのまま調査させて頂き、普段の様子もお聞きます。
ご本人や介護されている方が、普段困っていることなどを具体的にお伝えください。]

* 調査時間：約1時間です。「途中でしんどくなった」場合は、遠慮なく教えてください。

* 調査項目に確認動作（手を上げるなど）があり、無理のない範囲で行っていただきます。

○申請及び調査に関することについての連絡先 * 調査日時の確認の電話 ☒希望する ☐不要

☐本人 ☒立会者 ☐家族（続柄： ） ☐その他（関係： ）

氏 名 伊賀 太郎

電 話 0595 - 26 - 0000

携帯電話 090 - 0000 - 0000

連絡場所(施設、職場等) ()

おかけする時間帯の指定はできません。

◆ お願い ◆

調査日まで、あらかじめ調査員に伝えておきたいことがありましたら、申請時の窓口でおきかせいただくか、
調査前日にお電話ください。

[認定調査係 TEL 2 6 - 3 9 4 1]

市 役 所 整 理 欄										
申請入力	個人番号	健康保険	本人確認	資格者証	被保険者証	被保険者証未回収処理	調査予約		調査通知	調査日時
					☐ 済 ☐ 未	☐ 再交付申請済 ☐ 調査時回収 ☐ 後日持参		施 委 設 託		月 日 () : ~ ☐ 手渡し ☐ 郵送