

記入例

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

草津市長 宛

受付年月日	※市記入欄	年	月	日
申請年月日		年	月	日

次のとおり申請します。

申請書を提出した人または提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人保健施設・介護医療院）	市記入欄には記入しないでください。
住所	申請手続きをされた方（本人、家族等）の氏名、住所等をお書きください。	市記入欄 ※コードを記入

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	保険者番号
フリガナ	令和4年4月1日から医療保険証の内容を記載する欄を追加しています。
氏名	※40歳から64歳の方は、必ず記載のうえ医療保険証の写しを添付してください。
住	個人番号の記入がなくても、その他の記載内容に問題がなければ申請受理します。
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 有効期間 年 月 日から 年 月 日まで 転出元自治体（市町村）名 現在、転出元自治体に要介護認定・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・医療機関等入院、入所の有無（短期入所を除く）	有 ・ 無
介護保険施設・医療機関等の名称等、所在地	過去半年間に入院、入所した医療機関、介護保険施設の名称等や入院、入所期間を書いてください。

主治医	主治医の氏名	必ず記入してください。
	所在地	

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	40歳から64歳の方は必ず記入してください。
-------	------------------------

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... 調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および主治医意見書、居宅サービス事業者もしくは介護保険施設の関係人、主治医等に同意します。

御本人が記載できない場合は、御本人の意思を確認のうえ代筆していただけます。

本人氏名

○ 主治医意見書は現在どうなっていますか。

1. 主治医に提出済。	提出日	年	月	日
2. まだ主治医に提出していない。	提出予定日	年	月	日

○ 今おられる場所(調査場所)はどちらですか。立会いがない場合でも、電話等で家族に状況を確認する場合があります。

1. 自宅	2. 病院 ()
3. 施設 ()	4. て ()

○ 調査の立会いはどなたがされますか。(立会いがなくても調査を行うことは可能です。)

<input type="checkbox"/> 立会いなし	<input type="checkbox"/> 家族 ()	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー ()
<input type="checkbox"/> 包括支援センター ()	<input type="checkbox"/> その他 ()	

○ 申請翌日から概ね3週間の平日で、希望の調査日時を第2 9:30、13:30 からお選びください。ただし、必ずしもご希望に添えない日、曜日、時間帯がありましたら、備考欄に記入してください。 合のよ

・い ・第 ・第	都合により、9:30 と 13:30 以外の時間を希望される場合は、記入の上、相談してください	備考欄記入例 ・水曜日以外可 ・○日以外なら終日可 ・毎日午後なら可 など	日 日 曜 時 分から
備考 ()			

○ ご自宅での調査の場合、敷地内等に駐車スペースはありますか。

<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (場所)
----------------------------	----------------------------------

○ 日程調整をする場合の連絡先を教えてください

・連絡をとる方の氏名	(氏名	続柄)
・連絡希望時間帯	()
・連絡先(自宅・携帯)	(自宅	携帯)

○ 調査時、ご本人さんがおられないところで介護をされている方のお話を伺うことを希望されますか？

<input type="checkbox"/> 希望しない	<input type="checkbox"/> 希望する (理由)
--------------------------------	-------------------------------------

○ 利用されているサービスに○をして、利用曜日を記入してください。ただし、「用具購入」はこの半年以内に購入された福祉用具名を記入してください。

<input type="checkbox"/> ホームヘルパー ()	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ()
<input type="checkbox"/> デイサービス ()	<input type="checkbox"/> デイケア ()
<input type="checkbox"/> 田舎購入 ()	<input type="checkbox"/> 用具貸与 ()
<input type="checkbox"/> 退院や転院の予定があれば余白に記載してください	<input type="checkbox"/> グループホーム利用中
<input type="checkbox"/> 住 (過去に利用したことがある場合)	<input type="checkbox"/> その他 ()
<input type="checkbox"/> 病院入院中	<input type="checkbox"/> 施設入所中
	<input type="checkbox"/> 利用なし

○ 担当しているケアマネジャー等について教えてください。

居宅介護支援事業所 _____ 担当ケアマネジャー等 _____
 電話番号 _____

_____ 市 使用欄 _____

本人確認用	受付者:
①	マイナ・免許・身障・更新・他()
②	介証・負割証・健証・ホ・他()

代理権・代理人確認用		受付者:
代理権確認	委任状・法定代理人証明・介証・負割証・健証・更新・	マイナ・身障・ホ・他()
代理人確認	①	マイナ・免許・身障・CM 証等・他()
	②	介証・負割証・健証・ホ・他()

意見書	
交付状況	いつ()誰が()
提出した人	本人・家族()・CM、包括