

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

小美玉市長 様  
次のとおり申請します。

申請書記入例 申請年月日 令和〇〇年〇〇月〇〇日

|                  |                                        |                                                     |                                                                                                                         |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          |                                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|------------------|----------------------------------------|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|--------------------------|--------------------------------------------|-------------|---|---|---|---|---|----|---|---|---|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                         | 0                                                   | 1                                                                                                                       | 0                 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 個人番号                     | 1                                          | 2           | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8  | 9 | 0 | 1 | 2 |  |  |  |
|                  | 医療<br>保<br>険                           | 保険者名                                                | 茨城県後期高齢者医療広域連合                                                                                                          |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          | 保険者番号                                      | 39082367    |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 後期高齢者の<br>場合の記入例                                    |                                                                                                                         |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          | 番号                                         | 01234567    |   |   |   |   |   | 枝番 |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | フリガナ                                                | タマリ タロウ                                                                                                                 |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          | ※64歳以下の方は<br>資格確認書又は資格情報の提示<br>にご協力をお願いします |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 氏 名                                                 | 玉里 太郎                                                                                                                   |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          | 昭和〇〇年〇〇月〇〇日<br>男 ・ 女                       |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 住 所                                                 | 〒311-3495<br>小美玉市上玉里1122番地                                                                                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          | 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 前 回 の 要 介 護<br>認 定 の 結 果 等                          | ※要介護・要<br>支 援 更 新 認<br>定 の 場 合 の<br>み記入                                                                                 | 要介護状態区分 1 2 3 4 5 |   |   |   |   |   |   |   |                          |                                            | 要支援状態区分 1 2 |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        |                                                     | 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日                                                                                              |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          |                                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  | ※14日以内<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記<br>入 |                                                     | 転出元自治体（市町村）名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>（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<br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          |                                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 過去6月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>有無        | 介護保険施設の名称等・所在地<br>特別養護老人ホーム△△△△                                                                                         |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          | 期間 令和〇年〇〇月〇〇日～ 年 月 日                       |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 介護保険施設の名称等・所在地<br>※ショートステイは入所ではありません                |                                                                                                                         |                   |   |   |   |   |   |   |   | 期間 年 月 日～ 年 月 日          |                                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  |                                        | 医療機関等の名称等・所在地<br>〇〇〇〇病院                             |                                                                                                                         |                   |   |   |   |   |   |   |   | 期間 令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日 |                                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |
|                  | 有 ・ 無                                  | 医療機関等の名称等・所在地<br>※過去6ヵ月内の施設入所・医療機関等入院の有無、期間をご記入ください |                                                                                                                         |                   |   |   |   |   |   |   |   |                          |                                            |             |   |   |   |   |   |    |   |   |   |   |  |  |  |

|                       |     |                                                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|---------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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・介護医療院）<br>玉里 花代 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒311-3495<br>小美玉市上玉里1122番地                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  | ※電話番号を忘れずにご記入下さい<br>電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |        |                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | 美野里 太郎                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名           | 〇〇〇〇病院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 所 在 地  | 〒319-0132<br>小美玉市部室1106 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|                      |       |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|----------------------|-------|-----------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 第二号被保険者(40歳から64歳の医療保 |       | 更新等の方で前回認定時から主治医<br>等が変更になった場合は、二重線で<br>消して記載してください |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 特定疾病名                | 脳血管疾患 |                                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、小美玉市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予  
防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、小美玉市から  
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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護  
予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活  
支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護  
情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名 玉里 太郎

## 【 認定調査について 】

|                                                           |                                                                       |                                                                                                                                                                                 |      |                                                                       |                                                                |
|-----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| 同席希望                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> あり<br><input type="checkbox"/> なし | 【同席しない理由】<br><input type="checkbox"/> 入院/入所 <input type="checkbox"/> 独居<br><input type="checkbox"/> その他( )<br>【調査後連絡希望】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 日程希望 | <input type="checkbox"/> あり<br><input checked="" type="checkbox"/> なし | ( )曜日 午前・午後<br>※認定調査は月～金曜の平日<br>9 時 30 分～14 時 30 分の間で<br>行います。 |
| 連絡先                                                       | フリガナ                                                                  | タマリ カオル                                                                                                                                                                         |      | 被保険者<br>との続柄                                                          | 子の妻                                                            |
|                                                           | 氏 名                                                                   | 玉里 薫                                                                                                                                                                            |      |                                                                       |                                                                |
|                                                           | 住 所                                                                   | 〒311-3436<br>小美玉市上玉里1122番地123<br><input type="checkbox"/> 表面の申請書提出代行者住所と同じ                                                                                                      |      |                                                                       |                                                                |
| ※電話番号を忘れずにご記入ください<br>電話番号 ○○○○○○○○○○<br>(携帯電話) ○○○○○○○○○○ |                                                                       |                                                                                                                                                                                 |      |                                                                       |                                                                |
| 事前に調査員に伝えておきたいことなど                                        |                                                                       |                                                                                                                                                                                 |      |                                                                       |                                                                |

|      |                                        |                                                               |
|------|----------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| 調査場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> その他(※調査場所の住所、施設等の場合は名称や連絡先も記載してください) |
|      | <input type="checkbox"/> 病院( )         | [病室: ]                                                        |
|      | <input type="checkbox"/> 施設( )         |                                                               |

※市から委託した事業所の調査員が連絡・訪問する場合があります。

|        |        |        |        |                 |
|--------|--------|--------|--------|-----------------|
| 直近の受診日 | 〇〇月〇〇日 | 次回の受診日 | 〇〇月〇〇日 | ※意見書記載医療機関への受診日 |
|--------|--------|--------|--------|-----------------|

※通常の受診とは別に意見書記載の為の受診が必要な場合があります。必ず主治医や医療機関にご確認ください。

## 【 調査対象者の状況について 】

|        |                                                                                                                    |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 家庭状況   | <input checked="" type="checkbox"/> 同居〔夫婦のみ、 <del>その他</del> ( 長男夫婦 )〕 <input type="checkbox"/> 独居                  |
| 治療中の病気 | <input checked="" type="checkbox"/> あり〔認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病、 <del>高血圧</del> 、その他( )〕 <input type="checkbox"/> なし |

## 【 現在のサービス利用状況について 】

|         |                                                   |                    |
|---------|---------------------------------------------------|--------------------|
| 訪問サービス  | <input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日            | 事業所名( )            |
| 通所サービス  | <input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日            | 事業所名( )            |
| ショートステイ | <input checked="" type="checkbox"/> 約 〇〇 日/月      | 事業所名( 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ) |
| 小規模多機能  | <input type="checkbox"/> 通所・訪問・泊り                 | 事業所名( )            |
| 担当ケアマネ  | <input checked="" type="checkbox"/> 担当者名( 〇〇 〇〇 ) | 事業所名( 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ) |
| 福祉用具貸与  | <input checked="" type="checkbox"/> 貸与品数( 1 )     | 貸与物品( 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 ) |
| 福祉用具購入  | <input type="checkbox"/> 購入品数( )                  | 購入物品( )            |
| 住宅改修    | <input type="checkbox"/> 施工箇所( )                  |                    |

## 【 被保険者証等の送付先について 】 ※既に変更済の送付先を変更する場合も届出が必要となります

送付先を本人住所地以外へ変更する場合は、「介護保険関係書類送付先変更届」を記入していただく必要があります。(「介護保険関係書類送付先変更届」は介護福祉課、福祉事務所各支所窓口にあります。)  
この届出で送付先が変更となるものは市が送付する介護保険に関する書類のみです。

## 申請書の提出先

- ・介護福祉課（玉里総合支所内）
  - ・福祉事務所美野里支所（市役所本庁舎内）
  - ・福祉事務所小川支所（小川総合支所内）
- ※担当ケアマネージャー、入所している施設でも申請書の提出を代行してくれます