

# 申請書の記入例（新規申請）

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

申請年月日を記入してください。

石岡市長 あて  
次のとおり申請します。

申請年月日 平成〇〇年〇〇月〇〇日

被 保 険 者	被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1				
	フリガナ	イシオカシ タロウ		生年月日	明・大・昭 2年 1月 1日			
	氏名	石岡市 太郎		性別	男 ・ 女			
	住所	〒 315-0048 石岡市石岡一丁目1番地1		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			
老 者	有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日						
	介護保険施設の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	介護保険施設の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地			期間	年 月 日 ~ 年 月 日		

どちらかに○をつけてください。

被保険者本人のマイナンバーを記入してください。

入所施設、入院した病院を記入してください。

申請者（家族等）について記入してください。  
※事業所等の場合は代行者欄へ

かかり付けの医療機関について記入してください。

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)			印
提出代行者住所				
申請者氏名	石岡市 花子	本人との関係	妻	
申請者住所	石岡市石岡一丁目1番地1		電話番号(自宅)	0299-23-1111
			電話番号(携帯又は職場)	

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	八郷総合支所病院
	所在地	石岡市柿岡5680-1	電話番号 0299-43-1111	

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

医療保険者名		医療保
特定疾病名		

40歳～64歳の方は医療保険者と指定される16種類の特定疾病名の記入が必要です。医療被保険者証の提示、または写しを添付してください。

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、石岡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。

本人氏名 石岡市 太郎

必ず本人の氏名を記入してください。

# 申請書の記入例（裏面）

## 介護保険 認定申請 状況質問票

調査対象者氏名	石岡市 太郎
---------	--------

◎認定調査の日時等の調整・連絡のために、記入してください。

調査 連絡先	フリガナ	イシオカシ ハナコ	本人との 続柄	妻	調査同席 希望	あり	なし	
	氏名	石岡市 花子						
	電話番号	0299 - 23 - 1111	連絡希望 時間帯	頃から				
	(携帯番号)	000 - 0000 - 0000		頃まで				

調査連絡先について記入してください。

調査時に注意してほしいこと	※ 禁止事項がある場合は必ず記入してください。
市が委託した事業所での調査 ※更新・変更申請のみ	<input type="checkbox"/> 可（後日事業所から連絡があり、日時を調整します） <input type="checkbox"/> 不可（市の調査員が調査します）

◎調査対象者の状況について該当するところに記入してください。

所在・ 状況	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅	<input checked="" type="checkbox"/> 自分の家	<input type="checkbox"/> 住所の違う家族等の家（ ）				
	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 特養	<input type="checkbox"/> 老健	<input type="checkbox"/> 介護療養型	<input type="checkbox"/> グループホーム	<input type="checkbox"/> その他施設	
		（施設名）					
	<input type="checkbox"/> 入院	（病院名）					
	退院予定	<input type="checkbox"/> 有	（ 月 日頃）	<input type="checkbox"/> 無			
	退院後の予定(希望) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 未定						
家庭状況	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 有（主な介護者: <span style="color: red;">妻</span> ）					<input type="checkbox"/> 独居	

現在の本人の所在及び状況を記入してください。

歩行	1.自分で歩ける	<input checked="" type="radio"/> 2.介助すれば歩ける(杖・歩行器等)	3.歩けない
食事	<input checked="" type="radio"/> 1.自分で食べられる 2.介助すれば食べられる 3.食べられない		
排泄	1.自分でできる	<input checked="" type="radio"/> 2.介助すればできる	3.オムツ使用 4.紙パンツ使用
入浴	<input checked="" type="radio"/> 1.自分で入れる 2.介助があれば入れる 3.清拭 4.入浴できない		
認知症状の有無	<input type="radio"/> 1.ない <input checked="" type="radio"/> 2.ある(具体的な症状 <span style="color: red;">同じことを何度も言う</span> )		
●申請(新規)の理由・困っていること・最近の変化・その他 <span style="color: red;">施設入所のため</span>			

本人の身体状況・生活状況について簡単に記入してください。

◎現在受けているサービス(又は受ける予定のサービス)について記入してください。

<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし 理由( )	
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネ	担当者名 ( )	事業所名 ( )
<input type="checkbox"/> 日帰りサービス	月 火 水 木 金 土 日 その他	事業所名 ( )
<input type="checkbox"/> 訪問サービス	月 火 水 木 金 土 日 その他	事業所名 ( )
<input type="checkbox"/> ショートステイ	約 日/月	事業所名 ( )
<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル あり・なし <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 あり・なし

◎第三者行為(交通事故等)に該当する方は記入してください。

事故発生日	平成 年 月 日	示談の有無	1.無 2.有(示談日 平成 年 月 日)
-------	----------	-------	-----------------------

保険者 確認欄	受付区分	石・八 ( <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵 )			
	記 入 不 要				
		<input type="checkbox"/> 使用者	<input type="checkbox"/> その他 ( )	番号閲覧	<input type="checkbox"/> 了承済