

申請書の記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

申請年月日を記入してください。

被保険者本人のマイナンバーを記入してください。

医療保険の情報を記入してください。

区分変更をする理由や状態の変化について記入してください。

入所施設、入院した病院を記入してください。

かかりつけの医療機関について記入してください。

40～64歳の方は指定される16種類の特定疾病の記入が必要です。医療保険の資格が確認できるもの（医療被保険者証、医療保険の資格情報画面、資格確認書）の提示または写しを添付してください。

必ず本人の氏名を記入してください。

茨城県石岡市長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 ○ ○ 年 ○ ○ 月 ○ ○ 日

介護保険被保険者番号	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	個人番号	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2
医療保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者記号・番号	記号	番号
フリガナ	イシオカ ハナコ		生年月日
氏名	石岡 花子		性別
住所	〒315-8790 石岡市石岡一丁目1番1		電話番号 0299-23-1111
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
	有効期限	年 月 日 から	年 月 日
変更申請の理由			
過去6月間の介護保険施設、医療機関等	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
	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。

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・介護医療院）
提出代行者 住所	〒

主治医	主治医の氏名	茨城 太郎	医療機関名	石岡医院
	所在地	〒315-0001 石岡市石岡一丁目1番地1	電話番号	0299-23-1111

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	
-------	--

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、要介護認定の調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、石岡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、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、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

石岡 花子

申請書の記入例（裏面）

介護保険 認定申請 状況質問票

申請書を記入した方または窓口に来た方の情報を記入してください。

窓口に来た方		本人との続柄	
電話番号	— —		

◎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		本人との続柄		調査同席希望	あり・なし
	氏名					
	電話番号 (携帯番号)	— —		連絡希望時間帯		頃から 頃まで
調査時に注意してほしいこと						
市が委託した事業所での調査 ※更新・区分変更申請のみ		<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）				

調査連絡先について記入してください。

◎更新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 type="checkbox"/> 在宅	<input 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） （病院名）	
	<input type="checkbox"/> 入院	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 type="checkbox"/> 家族有（主な介護者： ）	<input type="checkbox"/> 独居

本人の現在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	2.介助すれば歩ける（杖・歩行器等）	3.歩けない
食事	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	2.介助すればできる	3.おむつ使用 4.紙パンツ使用
入浴	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	1.ない 2.ある（具体的な症状）		
●申請（新規）の理由 ・ 困っていること ・ 最近の変化 ・ その他			

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

在宅介護サービスの実施状況について記入してください。
※施設入所中の方は不要です。

◎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	年 月 日	示談の有無	1.無 2.有（示談日 年 月 日）
-------	-------	-------	--------------------

保険者確認欄	受付区分	石・八（ <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送）	届出者	身元確認	番号確認
	受付	1.本人 2.意見書 3.調査委託		<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> 印鑑
記入不要					
				<input type="checkbox"/> その他（ ）	番号閲覧 <input type="checkbox"/> 了承済