

# 記入例

## 要介護認定・要支援認定 由請書

1. 新規 2. 新規(要支援か) 3. 更新 4. 変更 5. 転入

申請書を提出する日、郵送の場合は投函する日を記入してください。

介護保険被保険者証を紛失または持参されていない場合は、添付がなくても申請は可能です。

※申請の際は介護保険被保険者

(申請先) 美作市

次のとおり申請します。

申請年月日	令和 〇 年 〇 月 〇 日
被保険者番号	6 4 4 7 7 7 7 7 7 7
個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
フリガナ	ミサカ 知ウ
生年月日	大 昭 〇 年 〇 月 〇 日
氏名	美作 太郎
性別	
住所	〒 707-0014 美作市北山390-2
現在の認定区分等	要介護状態区分 1 2 3 4 ⑤
有効期限	令和 〇 年 〇 月 〇 日から 令和 〇 年 〇 月 〇 日
変更申請・要支援認定からの新規申請の理由	悪化・改善(どちらかに○をし、その状態や理由等)
施設名等・氏名	該当に○(介護保険施設 医療機関 その他)
美作病院	
住所	〒 707-0014 美作市北山123-4
電話番号	0868-**-****

個人番号を記入される場合は、運転免許証のコピー等(無い場合は、健康保険の被保険者証と介護保険の被保険者証等2つ以上のコピー)を添付してください。

訪問調査を行う際、現在いる所を把握するために必要ですので、住所地以外の所にいる場合は必ず記入してください。医療機関への入院等の場合は、入院の見込み期間を記入してください。

※現在いる所については、住所地以外に

提出代行者	名称・氏名	美作 花子
	住所	〒 707-0014 美作市北山

本人以外の方が申請書を提出する場合に、記入してください。

記入のあった主治医あてに、市から主治医意見書を依頼します。初診の場合や定期的に通院をしていない場合は、意見書の記載が得られない場合がありますので、出来るだけ事前に病院へ確認の上、記入してください。

40歳から64歳の方のみ記入してください。申請の際、加入されている医療保険証を必ず提示または写しを添付してください。	美作 次郎	医療機関名	美作病院
	07-0014		
	美作市北山345-6	電話番号	0868-**-****

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入※医療保険証を提示または写しを添付(添付の場合、特定疾病名のみ記入)

特定疾病名	脳梗塞
介護サービスの計画等介護保険事業所による判定結果・意見書サービス事業者若しくは介護保険施設に提出し、または提示することに同意します。	原則、被保険者本人の署名です。ひらがなになっても、大きな字になっても結構ですので、できるだけ本人の署名をお願いします。代筆について、心身の状況により自署できない方で、本人の意思が確認できない場合は、原則、本人の介護者である親族又はそれに準じる方が代筆してください。また、本人の意思が確認できる場合で、本人の介護者である親族等以外の方が代筆する場合でも、本人との意思の合意を明確にしたうえで代筆してください。
本人署名	美作 太郎
代筆者氏名	美作 花子 (続柄: 妻)

訪問調査時の立会希望	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無	立会者氏名	美作 花子	続柄	妻	電話番号	0868-**-****
被保険者証送付先住所	〒 707-0014 美作市北山234-5	氏名	美作 花子				

※立会希望の有無を必ず記入してください。連絡先は平日の日中に連絡が取れる電話番号を記入してください。被保険者証送付先に記入が無い場合、原則、被保険者住所地(既に送付先の指定が無い場合はその住所地)へ送付します。

総合支所受付	本庁受付	立会いが有りの場合、立会者の方に、調査時の日程調整の連絡を行いますので、必ず記入してください。本人のみで認定調査が困難と思われる場合には、出来る限り立会いをお願いします。連絡先は平日の日中に連絡が取れる連絡先を記入してください。	<input type="checkbox"/> 手渡し <input type="checkbox"/> ( )
			<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり