

介護保険 要介護更新認定・要支援更新認定 申請書

(更新用)

記入例

記入上の注意事項

安芸高田市長 様  
次のとおり申請します。

申請者 (被保険者)	被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇	
	フリガナ	アキタカタ	ハナコ	生年月日	明・犬・昭 〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	安芸高田	花子	性別	男 ・ 女
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 広島県安芸高田市△△町△△〇〇〇番地 電話番号 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇			
	(現在、上記住所以外に いる場合、 記入)	<input type="checkbox"/> ① 介護保険施設に入所している (地域密着型介護老人福祉施設を含む) <input checked="" type="checkbox"/> ② 医療機関へ入院している <input type="checkbox"/> ③ その他施設へ入所している <input type="checkbox"/> ④ その他(家族宅に滞在している等)	施設・病院等の 名称(病室等) △△△△病院 ( 〇 階 〇〇〇 室) 左記の住所及 び電話番号 広島県安芸高田市△△町△△〇〇〇番地 電話番号 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日から ( 入院 ) ・ 入所 ・ 滞在 ) 中 今後 〇〇 月 〇〇 日頃自宅に戻る予定	
前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分	非該当 要支援( 1 ・ 2 ) 経過的要介護 要介護( 〇 ) ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )			
	有効期間	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日 から 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日			

- ◎ 申請年月日を記入。
- ◎ 被保険者番号(介護保険被保険者証に記載されている番号)  
◎ 個人番号(平成28年1月より個人番号(マイナンバー)の記入欄が追加されました)  
◎ 被保険者の氏名、生年月日、性別を記入。  
◎ 住民票上の住所を記入。  
※ 電話番号は必ず記入。(ない場合は「なし」と記入。)
- ◎ 現在の居所が住民票上の住所以外の場合に記入。  
◎ ①から④のうち、該当するものにチェック。  
◎ ①から③に該当する場合、その施設・病院等の名称(病室等)を記入し、住所及び電話番号を記入。  
◎ ④に該当する場合、現在の居所の住所及び電話番号を記入。  
◎ 現在の居所にいつからいつまでいる予定かについて記入。
- ◎ 認定を受けている場合、要介護状態区分、有効期間を記入。

窓口 に来た人	<input type="checkbox"/> 本人			
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	代理人の氏名	安芸高田 一郎	本人との関係 ( 夫 )
		住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 広島県安芸高田市△△町△△〇〇〇番地 電話番号 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇	
	委任状 (代理人が、 家族以外の場合、必要 です)	上記の者がこの要介護等認定・要介護等更新認定申請書を提出することについて委任します。		
<input type="checkbox"/> 提出代行	該当に〇 (地域包括支援センター ・ 指定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) 事業所名称・所在地	訪問調査受託の可否(居宅介護支援事業所・介護保険施設のみ ( 可 ・ 否 )		
	被保険者住所	※ 代筆の場合 本人との関係 ( )		
	氏名	代筆者氏名		

- ◎ 窓口に来た人が、本人・代理人・提出代行のいずれかにチェック。  
◎ 本人の場合、チェックのみ。  
◎ 代理人の場合、氏名・住所・電話番号及び本人との関係を記入。  
ただし代理人が家族以外の場合、被保険者(本人)の委任(署名)が必要。  
◎ 代行申請の場合は、事業所又は施設等の名称・住所を記入。

(意見書の記載を 依頼する医師)	主治医	医師名	△△ △△	療機関名	△△△△病院
		所在地	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 安芸高田市△△町△△〇〇〇番地 電話番号 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇		

- ◎ 主治医意見を記入してもらう医師名・医療機関名・所在地・電話番号を記入。  
※ 複数の病院に受診している場合、最近の医療情報を最もよく知っている医師の名前を記入。  
※ 定期的を受診をしていない方は、必ず受診してください。

認定調査時等の連絡先・同席についてご記入ください。

連絡 先	氏名	安芸高田 一郎	(認定を受ける人との関係 夫 )	調査時の同席
	住所	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇 広島県安芸高田市△△町△△〇〇〇番地 電話番号 ( 〇〇〇〇 ) 〇〇 - 〇〇〇〇		希望する <input checked="" type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/>

- ◎ 調査時の同席の有無にかかわらず、連絡先となる方の氏名・住所・電話番号を記入。  
◎ 調査時の同席を「希望するか・希望しないか」丸で囲む。

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、加入している医療保険・該当する特定疾病の状況についてご記入ください

医療保険者名	安芸高田市	医療保険被保険者証記号番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
該当する特定疾病名	脳血管疾患		

- ◎ 2号被保険者(40歳以上65歳未満)に該当する方のみ記入。  
◎ 該当となる特定疾病を記入。

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見を、安芸高田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。

安芸高田 花子

- ◎ 左記内容に同意する場合のみ署名。