

調査日時	年 月 日
調査者	
調査場所	自宅・その他( )

更新申請は認定有効期間の切れる60日前から申請可能。65歳到達前の事前申請は65歳に到達する90日前から申請可能です。

意見調査	申請年月日は窓口来所日の日付を記入。
------	--------------------

申請者は窓口に来た人を記入。

### 介護保険 要介護認定申請書

(新規・更新・変更)

申請者	氏名	長門 太郎	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(関係 長男) <input type="checkbox"/> 代理人(関係 )
	住所	〒759-4101 長門市東深川 1234 番地 1 電話番号 0837-12-3456		
訪問調査の同席希望	◆同席を希望する場合の連絡先			
<input checked="" type="checkbox"/> 希望する・希望しない *該当に○	氏名	長門 太郎	関係	長男
	電話番号	*日中確実に連絡のとれる電話番号(携帯番号等) 090-1234-5678		
認定結果の送付先	1 被保険者 <input checked="" type="checkbox"/> 2 申請者 3 施設等 4 その他( ) *該当に○			
提出代行者住所及び名称 *申請者が代行申請事業者の場合	本人の意志に基づき代行申請する場合は、申請者氏名欄に「提出代行者」と記入し、提出代行者欄に住所及び事業所名を記入。本人及び家族が申請する場合及び単に提出依頼を受けて提出のみ行う場合も押印は不要。			

※記入不要  
個人番号欄には何も記入しないでください。

被保険者(認定を受ける人)	被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
	フリガナ	オオツ ハナコ		
	氏名	大津 花子	生年月日	明・大・昭 10 年 4 月 15 日 (82) 歳
	住所	〒759-3802 長門市三隅中 1234 番地 5 電話番号 22-1234		
	現在の要介護認定の結果等 *更新・変更申請のみ	要介護状態区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2	
	変更申請の理由 *変更申請のみ	身体状況の変化		
	過去6月間の医療機関・介護保険施設の入院・入所の有無 【 <input checked="" type="checkbox"/> 有・無 】	名称・所在地	〇〇〇 施設	期間
	名称・所在地	〇〇〇 病院	期間	〇〇年〇月〇日～ 入院中 年 月 日
	名称・所在地	入所・入院中の場合は入所中または入院中と記入。 月 日		

主治医	主治医の氏名	日置 次郎	医療機関名	〇〇〇病院
	所在地	〒759-4503 長門市油谷新別名 1234 番地 電話番号 0837-56-7890		
◆第2号被保険者 *40歳から64歳の医療保険加入者のみ				
医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号			
特定疾病名				

被保険者が40歳から64歳(第2号被保険者)の方は、特定疾病名についても必ず記入し、医療保険証または資格確認書(写)の添付が必要です。

介護サービス計画の作成等介護保険調査内容、介護認定審査会による判定、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 大津 花子 (代筆者氏名 長門 太郎)