

調査日時	年 月 日 時 分
調査者	立会 有・無
調査場所	自宅・その他()

記入例<転入以外>

	入手	確認
意見		
調査		

介護保険 要介護・要支援認定申請書(新規・更新・変更・転入)

長門市長様

次のとおり被保険者証を添付のうえ申請します。

※転入継続の場合は、受給資格証明書を添付してください。

申請年月日	令和8年4月1日
申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入
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)

申請者	氏名 長門 太郎	住所 〒759-4101 長門市東深川 1234 番地 1	電話番号 0237-00-0000
-----	----------	-------------------------------	-------------------

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()
----------	---

提出代行者住所及び名称	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 【担当者名】 *該当に○
-------------	--

*申請者が
代行申請事業者の場合
事業所による代行申請の場合は住所・事業所名・電話番号を記載してください
電話番号

個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3
------	---------------------------

フリガナ	ナガト ハナコ	生年月日	大・昭 〇年 1月 1日
氏名	長門 花子	性別	男・女

住所	〒759-0000 長門市×××××番地	電話番号	0837-00-0000
----	----------------------	------	--------------

現在の要介護認定の結果等	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
*更新・変更申請のみ	有効期間	〇〇年 〇月 〇日 ~ 〇〇年 〇月 〇日	

変更申請の理由
*変更申請のみ
前回との変更点を具体的に記載してください
例:認知症が悪化し食事に声掛けが必要になった

過去6月間の医療機関・介護保険施設の入院・入所の有無	名称・所在地	◎◎施設	期間	〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日
	名称・所在地	□□病院	期間	〇年 〇月 〇日 ~ 年 月 日
	名称・所在地		期間	年 月 日 ~ 年 月 日

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	□□病院
	所在地	〒759-0000 長門市〇〇〇〇	電話番号	0837-00-0000

◆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65歳の方は、必ず記入し、医療保険の加入関係が確認できるものが必要です

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な場合は、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、主治医意見書、長門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、介護士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系等を利用している場合は、別途同意書が必要です。)

被保険者が手書きできない場合は代筆者の氏名(直筆)が必要です

(更新申請の場合のみ)私は、申請から30日以内に認定されない場合、現在の有効期間満了後、認定延期通知書の省略に同意します。

本人署名: 長門 花子 代筆者署名(続柄): 長門 太郎(長男)

介護認定の申請に係る添書

※□にチェック及び必要事項に記入をお願いします

1. 訪問調査の同席について

本人のみ ⇒ 調査希望曜日 関係

更新申請(委託先が認定調査を実施する場合は記載不要です)

立会希望

氏名: _____ 関係: _____
 ※日中確実に連絡のとれる電話番号(携帯番号等)
 電話番号: _____

調査希望曜日

調査を行うご都合のよい曜日に○をつけてください

午前中の調査にご協力をお願いします。

○月 火 ○水 木 ○金

調査時の注意事項

(例)医師からの告知有無、大きめな声で対応が必要など

◆申請日以降でショートステイを利用する方のみ記入してください

ショートステイ
利用日

(例)○/○~○/○までショートステイを利用。毎週(土・日・月)はショートステイを利用など

ショートステイの利用後約1週間以上間隔を空けて調査が必要です(ショートステイの利用が多い場合は介護支援班にご相談ください)

2. 認定調査を行う場所について

被保険者住所と同じ

入院・入所先

名 称

※記入をお願いします

〇〇有料老人ホーム

上記以外の場所

住 所

〒759-〇〇〇〇

長門市××× 〇〇番地

◆入院中の方のみ記入してください

入院傷病名

右大腿骨頸部骨折

入院中の方のみ記載をしてください

入院状況

すぐに調査可能 リハビリ中 退院・転院の予定あり 詳細不明

窓口申請の際は、本人確認を行

1. 被保険者の介護保険被保険者証(

2. 被保険者以外の代理人が申請する場合は、代理権が確認できるもの

(例)委任状 被保険者の公的証明書など

3. 医療保険

ガン末期で自宅療養を希望される方(新規・区分変更)の場合は、早期認定が必要であるため、調査日を介護支援班にご相談ください

治療が必要とされ入院している為、急性期の治療が落ち着き、状態が安定してから調査を行います。(急性期の調査は行いません)

該当する項目に□をつけてください