

新・更

介護保険[要介護認定・要支援認定]申請書

湯河原町長 様

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	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
フリガナ	ユガワラ ウメタロウ	生年月日	明・大・昭7年7月7日
被保険者氏名	湯河原 梅太郎	性別	男 ・ 女
被保険者住所	〒259-0392 湯河原町中央2-2-1 Tel 63-2111		
現在の居所	自宅・施設・病院等・その他 ( )		

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			
	有効期間	年 月 日 ~		年 月 日		
主 医	(所在地・医療機関名)	(主治医氏名) 吉浜 太郎先生				
	〒111-111 湯河原町中央1111 ○△病院	Tel 63-2111				
居宅支援事業者	担当ケアマネ					
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無	有 ・ 無					
介護保険施設の名称・所在地	令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日			
	(入所中・退所予定日 )					
医療機関等の名称・所在地	令和 ●年 ●月 ●日 ~		令和 ●年 ●月 ●日			
	○△病院 (入院中・退院予定日 )					

提出者 (代行者)	※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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・指定介護医療院)				
	〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川 太郎 Tel 045-210-1111				
調査立会人	〒231-8588 横浜市中区日本大通1 神奈川 太郎 (続柄 長男)		Tel 045-210-1111 090-1234-5678		
その他連絡先					

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

医療保険者の種類・被保険者番号・名称	被保険者証記号・番号	加入年月日	本人・扶養の区分	特定疾病名
		年 月 日	本人・扶養	

介護・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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、湯河原町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又は介護保険施設の関係人、意見書を記載した主治医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	湯河原 梅太郎	(代筆者氏名 神奈川 太郎)
------	---------	----------------

わたしが令和〇年 〇月 〇日に行った要介護認定申請に対する認定結果通知並びに介護保険被保険者証を、下記へ送付するようお願いいたします。

6

送付先：〒231-8588 横浜市中区日本大通 1 神奈川 太郎 宛

令和〇年〇月〇日 (被保険者) 住所： 湯河原町中央 2-2-1

氏名： 湯河原 梅太郎

(代筆者) 住所： 横浜市中区日本大通 1

氏名： 神奈川 太郎

続柄： ( 長男 )

【申請・受付にあたっての留意事項】

7

[家族構成]  単身世帯・同居家族のいる世帯 / 同居家族がいる場合 日中家族 有・ 無

[認知症]  有・無 [難聴] 有・ 無

[希望するサービス]  通介・ 訪介・通りハ・訪リハ・入浴・訪看・用具・ショート・施設

[申請理由・身体状況等]

8

意見書 本人宛送付 /  
意見書 医師宛送付 /

受付担当者 \_\_\_\_\_

# 《申請書記載にあたっての留意事項》

## ①項目

### 『被保険者番号』

介護保険証の被保険者番号を記入して下さい。

### 『現在の居所』

住所地にいる場合は「自宅」に、入所中の場合は「施設」、入院中の場合は「病院等」（病院名・部屋番号を記入）に、それ以外の場合は、その他（住所等を記入）に丸を付けてください。

『被保険者氏名』 『生年月日』等それぞれ記入してください。

## ②項目

### 『前回の要介護認定の結果等』

新規申請の方は記入の必要はありません。更新申請の方は現在の認定状況（状態区分・有効期間）を記入して下さい。

### 『主治医』

定期的を受診している主治医を1名記入して下さい。複数いる場合には、申請するに至った主な疾病を診てもらっている先生の名前を記入して下さい。

### 『居宅介護支援事業所』

契約している居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）がいる場合に、その事業所名を記入して下さい。まだ契約していない場合は記入不要です。

### 『過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無』

過去6カ月の間に入院（所）をしたことがある場合に記入して下さい。ただし、短期入所（ショートステイ）は記入不要です。

入院（所）中で退院（所）の予定が決まっている場合には記入して下さい。

## ③項目

### 『提出者（代行者）』

該当する事業所に丸をし、住所・名前・電話番号を記入して下さい。

提出代行者として認められているのは、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・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・指定介護医療院となります。これ以外に該当する人（有料老人ホーム・その他上記以外の入所施設や医療機関）は提出代行者にはなれません。そのため、「提出者（代行者）」には事業所や個人名は記入せず、本人の住所等を記入し、「その他連絡先」に提出する方の情報の記入をしてください。家族等が提出する場合は、「提出者（代行者）」に家族等の住所等を記入して下さい。

### 『調査立会人』

訪問調査の際に立ち会っていただける方の住所・氏名・続柄・電話番号を記入して下さい。同居の家族・知人など対象者の日常生活の状況等が分かる方の立ち合いをお願いします。

## ④項目

### 『第二号被保険者』

対象者が65歳未満の場合のみ記入して下さい。また、健康保険証のコピーも合わせて添付して下さい。

## ⑤項目

記載事項をよく読んでいただき、本人氏名の記入（代筆の場合は、代筆者氏名）をお願いします。記載内容に同意できない場合は、記入の必要はありません。

### ⑥項目

結果通知をご本人の住所以外に送付する場合には、記入して下さい。ご本人の住所に送付する場合は記入不要です。

### ⑦項目

該当の箇所に丸を付けてください。

### ⑧項目

今回介護保険を申請した理由やご本人の状態やお困りの事、現在治療中の病気などを記入してください。箇条書きでも構いません。

例)

- ・ ●月●日に、自宅の浴室でふらつき、転倒してしまい右手を骨折した。  
同日に、○△病院に入院し、●月■日に手術をして現在リハビリ中である。  
あと2週間ほどで自宅に退院する予定である。自宅の浴室に転倒予防のため手すりの設置を希望しているため、介護保険の申請をした。
- ・ 1年ほど前から物忘れが多くなり、1日に何度も同じことを聞いてくるようになった。認知症の専門の医師にアルツハイマー型認知症の診断を受け、デイサービス等の介護サービスの利用を勧められたため、申請をした。