

要介護・要支援更新認定申請書の書き方（表面）

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

東近江市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請年月日は空白で提出してください。

介護保険 被保険者番号	* * * * *	個人番号	* * * * *
医療保険 保険者名	〇〇〇〇〇〇〇〇	保険者番号	* * * * *
被保険者証 記号	123	番号	4567
フリガナ	ヒガシオウミ タロウ	生年月日	昭和×年〇月△日 (◇◇) 歳
氏名	東近江 太郎	性別	男
住所	〒 527-8527 東近江市八日市緑町 10-5 電話番号 0748-24-5678		
前回要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 要支援 1, 2 要介護 1~5 のいずれかが記載されています 有効期間 現在要介護認定を受けている期間が記載されています *14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ		
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日~ 年 月 日
有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日~ 年 月 日

医療保険の保険者名・保険者番号・被保険者証の記号・番号を記入してください。

氏名や介護保険被保険者番号等は、あらかじめ記載されています。電話番号は記載されていませんので、記入してください。個人番号は、ケアマネジャーや施設による代行申請の場合、記入不要です。

直近6カ月の介護保険施設入所の有無、医療機関の入退院情報を記入してください。

提出代行者 名称	該当に〇(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院) 東近江 次郎 長男
住所	〒 527-8527 東近江市八日市緑町 10-5 電話番号 0748-24-5678

申請書を提出される方の情報を記入してください。氏名の横に本人との関係を記入してください。ケアマネジャーや施設が代行申請することも可能です。

主治医 主治医の氏名	医療機関名
所在地	〒
	電話番号

介護認定の際に主治医に意見書を求めますので、現在の被保険者本人の状態をよく知っている主治医の名前等を記入してください。

第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名

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書を東近江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、主治医意見書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。

本人氏名 東近江 太郎

介護情報開示への同意署名欄です。同意をいただいている場合、介護認定に関する情報を担当のケアマネジャーに開示します。介護計画の作成に必要ですので、必ず介護保険被保険者本人氏名を記入してください。

(裏面あり)

要介護・要支援更新認定申請書の書き方（裏面）

（ 在宅・施設・入院 ）

新規・更新・区変・支→新・事→新

要介護認定申請にかかる確認事項（①～④をご記入ください）

① 利用中の介護サービス（該当する曜日に○をつけてください）

<input type="checkbox"/> デイサービス	月	火	水	木	金	土
<input type="checkbox"/> デイケア（通所リハビリ）	月	火	水	木	金	土
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	月	火	水	木	金	土
<input type="checkbox"/> ショートステイ（利用期間）（						
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（						
<input type="checkbox"/> その他（						

① 現在利用しているサービスの種別及び利用している曜日を記入してください。

② 退院見込日 ※現在入院中の方は退院見込日をご記入ください

医療機関名	
入院期間	年 月 日(※)

② 入院中の方は退院見込日を記入してください。

③ 主治医受診状況

頻度	月・週に()回
受診状況	前回 月 日 次回 月

③ 表面に記載いただいた主治医への受診状況を記入してください。申請日以降の受診がない場合、認定が遅れる可能性があります。必ず主治医に要介護認定のための受診である旨を伝えてください。

④ 訪問調査日程調整等

調査場所等	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅以外（ （自宅の場合）駐車場 有・無（ ペット(犬、猫等) 有(屋内・屋外)・無 ※有の場合…調査時にはケージや別室への移動をお願い				
調査希望曜日	午前	月	火	水	木
※該当箇所に○	午後	月	火	水	木
立会者 ※連絡先…午前8時30分から午後5時15分の間に連絡可能な連絡先をご記入ください。	氏名				
	続柄				
	連絡先				

※以下市記入欄

同意欄署名入力	
システム入力	
被保険者証回収	
区変理由等確認	
滞納	
資格者証発行(本庁)	
エクセル入力(本庁)	

④ 訪問調査の希望について記入してください。

調査日：平日(土日、祝祭日を除く)。

調査時間：午前は9:30から、午後は1:30からです。

※一部地域によって開始時刻は異なります。

立会者：家族の方等、本人の普段の生活状況がわかる方。

連絡先：日中連絡が取れる電話番号等。

裏面の内容は日程調整を行う際に必要になります。

特にケアマネジャーや施設に代行申請を依頼される方は必ず記入してください。