

『介護保険 要介護・要支援(新規・更新・変更) 認定申請書』 記入例

黒インクまたは黒ボールペンを使用してください

太枠線内は必ずご記入ください(『※』欄は該当する方のみご記入ください。)

勝山市の介護保険担当課窓口へ提出する日を記入

申請者と被保険者との関係(続柄)を記入

本人または家族(三親等以内)の氏名を記入(民生委員も記入可)

提出代行者であれば、事業所の種類を○で囲み、その法人名、事業所名および介護支援専門員を記入

申請者は住所(居住地)、自宅の電話番号を記入。ただし認定調査員が調査日時のご確認の電話をする事がありますので昼間の連絡先も記入

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号(10桁)を記入

個人番号(マイナンバー)通知カードに記載されている12桁の個人番号を記入

医療保険証に記載されている医療保険者名、保険者番号、記号番号を記入

被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所(居住地)を記入。ただし、申請者が被保険者本人であれば住所欄の記入不要

更新、変更認定の場合に記入。被保険者証または受給資格者証明書記載の要介護状態区分を○で囲み有効期間を記入する

現在、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院に入院または医療機関に入院している場合、その名称および期間を記入する

認定を受ける原因となる疾病で受診している医療機関および主治医について記入

現在の状態が変化し、介護の必要度が変わる場合など、その理由を記入

40歳から64歳の被保険者のみ、特定疾病名(別表1)を記入

被保険者の氏名を記入

介護保険 要介護・要支援(新規・更新・変更)認定申請書

調査事業所()

申請区分を○で囲んでください

受付印

勝山市長 殿

次のとおり申請します。

●太枠内をご記入ください

※欄は該当する方のみご記入ください

申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名	被保険者との関係
提出代行者(名称)	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 担当介護専門員
申請者・提出代行者住所	電話番号() - () (注)昼間の連絡先() - ()

(注)認定調査員が調査日時のご確認の電話をする事があります。

介護保険被保険者番号	個人番号
医療保険者名	保険者番号
被保険者証記号	番号
フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日
氏名	性別 男・女
住所	電話番号() - ()
※前回(現在)の要介護認定の結果など	要支援(12) 要介護(12345) 経過的要介護
※更新(変更)認定又は転入の場合に記入	有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日
現在の介護保健施設・医療機関等入院入所の有無	※介護保健施設等の名称 期 年月日 ~ 年月日 ※医療機関等の名称 間 年月日 ~ 年月日
主治医	氏名 医療機関名 所在地 電話番号() - ()
変更申請の理由	※区分変更申請の場合は記入
※第2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、勝山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。

調査内容審査	申請入力	受付者

本人氏名

被保険者証 済・未
資格者証 済

別表1(わからない場合は、主治医に確認して記入してください) ※介護保険で対象となる病気(特定疾病)には、下記の16種類が指定されています。

- ・筋萎縮性側索硬化症
- ・後縦靭帯骨化症
- ・閉塞性動脈硬化症
- ・がん末期
- ・早老症
- ・初老期における認知症
- ・脳血管疾患
- ・糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ・両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- ・多系統萎縮症
- ・脊柱官狭窄症
- ・慢性閉塞性肺疾患
- ・脊髄小脳変性症
- ・関節リウマチ
- ・骨折を伴う骨粗鬆症
- ・進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病

職員確認欄

番号確認

個人番号カード 通知カード 住民票の写し
その他()

代理権確認 ※本人および同居の親族の申請の場合確認不要

法定代理人	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 資格証明 <input type="checkbox"/> その他()
委任代理人	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 官公庁から本人に発行された書類

本人確認(口代理人)

1点	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 障害者手帳(身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 住民基本台帳カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他()
2点	<input type="checkbox"/> 介護保険証 <input type="checkbox"/> 負担割合証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 高齢受給者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 年金証書 <input type="checkbox"/> その他()
No	