

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

塩竈市長 殿  
次のとおり申請します。

|                  |                                                              |                                                         |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|------------------|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|-------|-------|---|---|---|---|---|---|---|----|---|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 被保険者番号                                                       |                                                         | 0                                                                         | 0 | 0 | 0 |  |  |  |  |  |  |  | 申請年月日 |       | 年 | 月 | 日 |   |   |   |   |    |   |
|                  | 個人番号                                                         |                                                         |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日  |       | 年 | 月 | 日 |   |   |   |   |    |   |
|                  | フリガナ                                                         |                                                         |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 性 別   | 男 ・ 女 |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|                  | 氏 名                                                          |                                                         |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|                  | 住 所                                                          | 〒                                                       |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号  |       |   | — | — |   |   |   |   |    |   |
|                  | 前回の要介護<br>認定の結果等                                             | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場合の<br>み記入                         | 要介護状態区分                                                                   |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|                  |                                                              |                                                         | 有効期限                                                                      |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   | 年 | 月 | 日 | から | 年 |
|                  | 過 去 6 月 間 の 介<br>護 保 険 施 設 ・ 医 療<br>機 関 等 入 院 、 入 所<br>の 有 無 | *14 日 以 内<br>に 他 自 治 体<br>か ら 転 入 し<br>た 場 合 の み<br>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。<br>（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 |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
|                  |                                                              |                                                         | 「はい」の場合、申請日                                                               |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   | 年 | 月 | 日 |    |   |
|                  |                                                              |                                                         |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  |       |       |   |   |   |   |   |   |   |    |   |
| 有 ・ 無            | 医療機関等の名称等・所在地                                                | 介護保険施設の名称等・所在地                                          |                                                                           |   |   |   |  |  |  |  |  |  |  | 期間    | 年     | 月 | 日 | ～ | 年 | 月 | 日 |   |    |   |
|                  |                                                              | 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 |   |    |   |

|                       |     |      |                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |   |
|-----------------------|-----|------|-------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|---|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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・指定介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院 〕 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |   |
|                       | 住 所 | 〒    |                                                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号 |  |  | — |

|             |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |      |  |  |   |
|-------------|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|------|--|--|---|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |      |  |  |   |
|             | 所 在 地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  | 電話番号 |  |  | — |

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |                   |  |  |  |  |
|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------|--|--|--|--|
| 医療保険者名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療保険被保険者証<br>記号番号 |  |  |  |  |
| 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、塩竈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

(別紙)

※本人または介護保険法第27条に基づく申請代行者以外の方が窓口に来た場合、記入してください。

|                    |     |  |        |      |
|--------------------|-----|--|--------|------|
| 来 窓<br>口<br>に<br>方 | 住 所 |  |        |      |
|                    | 氏 名 |  | 本人との関係 | 電話番号 |

※裏面は太枠の中をご記入ください。

|                  |                                     |                                                              |                            |  |
|------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| 訪<br>問<br>調<br>査 | 調 査 先                               | □住所地と同じ ・ 入院の場合 ( 病院 号室)                                     |                            |  |
|                  | 立 会 人                               | 氏 名                                                          | □申請者と同じ ( 本人との関係 )         |  |
|                  | 連 絡 先<br>〔平日の日中に連絡がつく電話番号をご記入ください。〕 | 氏 名                                                          | □申請者と同じ □立会人と同じ ( 本人との関係 ) |  |
|                  |                                     | 電 話 番 号                                                      |                            |  |
|                  | 都合が悪い日等                             | 都合の悪い曜日や時間帯等をご記入ください。調査は平日の日中に行います。<br>(デイサービス、ショートステイ、通院など) |                            |  |

申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、認定延期通知の省略に同意します。  
(更新申請の場合のみ)

本人氏名

## 【 備 考 欄 】

| 記入日                                     | 担当者 | 内 容        |              |
|-----------------------------------------|-----|------------|--------------|
| 年 月 日                                   | [ ] | 資格者証 有 ・ 無 | 保険料の滞納 有 ・ 無 |
| 1. 申請の理由…                               |     |            |              |
|                                         |     |            |              |
| 2. 現在の心身の状況 (食事、トイレ、歩行、入浴、認知症の具体的な症状など) |     |            |              |
|                                         |     |            |              |
|                                         |     |            |              |
|                                         |     |            |              |
| 3. 過去6月間医療機関入院又は現在入院中の場合                |     |            |              |
| ① 病名・状況等…                               |     |            |              |
| ② 退院日 (見込み) …                           |     |            |              |
| ③ 感染症…なし・あり                             |     |            | 【家族構成】       |
|                                         |     |            |              |
| 4. 利用中又は今後利用したい介護サービス                   |     |            |              |
|                                         |     |            |              |
| 5. 動物飼育…なし・あり                           |     |            |              |

|                  |               |              |                                                   |                                |
|------------------|---------------|--------------|---------------------------------------------------|--------------------------------|
| ※<br>確<br>認<br>欄 | 個人番号<br>記載の有無 | 申請者          | 代理人の身元確認                                          | 個人番号確認書類                       |
|                  | □あり<br>□なし    | □ 本人<br>□ 代理 | □運転免許証 □介護支援専門員証<br>□個人番号カード □パスポート<br>□その他 ( 、 ) | □個人番号カード □通知カード<br>□その他<br>□なし |