

申請書記入例

第6号様式(第16条関係)

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
 要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

(あて先)港区長
次のとおり申請します。

該当する申請にチェックをつけてください。

※該当する申請にチェックをつけてください。

保険証の番号を記入

被 保 者	介護保険被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7	申請年月日	平成〇〇年××月△△日
	フリガナ	ミナト タロウ	性別	男・女
	氏名	港 太郎	生年月日	明・大(昭)5年5月5日
	住所	〒123-4567 港区〇△1-2-3 電話番号 □□-〇〇〇〇-△△△△		
	前回の要介護認定の結果等 ※更新・変更申請の場合記入	要支援状態区分 1 2 経過的要介護 要介護状態区分 1 2 3 4 5	有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日	
	変更申請の理由 (区分変更申請のみ記入)			
	現在、入院・入所している	施設名		
	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 上記以外の病院・施設	所在地 〒	電話番号	

新規の方と前回非該当の方は記入不要です。
更新と区分変更申請の場合は、前回の介護度に○をして、有効期間を記入してください。

区分変更申請の場合のみ変更理由を記入してください。

入院・入所している場合のみ記入してください。

連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他	連絡先が本人以外のときは下記にご記入ください。 □結果通知等の送付先も下記に変更
	氏名 港 花子 (続柄 妻)	電話番号 □□-〇〇〇〇-△△△△
	住所 〒	

連絡先が本人のときは「本人」にチェックのみ。家族のときは「家族」に、第三者機関に依頼するときは「その他」にチェックし、氏名と電話番号を記入。送付先を本人以外にする場合は住所も記入。

提出代行者	名称	該当にチェック (□地域包括支援センター □指定居宅介護支援事業者 □介護保険施設 □その他)
	住所	〒
		電話番号

申請を代行してもらう場合は代行者氏名、代行機関の名称等を記入します。

主治医	フリガナ	カゴ ハナコ	医療機関名	介護医院	直近の受診日
	主治医の氏名	介護 花子	診療科名	整形外科	平成××年〇月△日
	所在地	〒234-5678 〇〇区△△町7-8-9 電話番号 〇〇-△△△△-□□□□			

主治医の直近の受診日を記入してください。

主治医が複数の場合、申請者又はご家族の意向で申請者の心身状態が一番良く分かる主治医を一人記入してください。

医療保険者名	医療保険者番号
被保険者証記号番号	特定疾病名

2号被保険者(40歳~64歳)の場合は医療保険の加入状況(医療保険証のコピーを添付)と、介護又は支援が必要になった特定疾病名(国が定める16疾病名)を記入してください。

本人同意欄	介護サービス計画又は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、港区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
-------	---	------

本人同意欄にお名前をお願いします。

処理欄	訪問調査	委託先	TEL	担当者	受給者番号	-
		依頼日 /	提出期限 /	委託料 4200・2415		
	主治医意見書	依頼日 /	提出期限 /	区分 在宅・施設 新規・継続		
	備考			合議体 / ○ 証回収 確認 入力		

記入不要です。