

番号不明等、個人番号未記入でも申請を受理します。記載した場合は「本人の個人番号」と「本人の身元」が確認できる書類の写しを添付してください。

記入例

様式第6号(第7条、第8条関係)

該当区分に✓

介護保険(要介護・要支援)認定申請書

三郷市長へあて 次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年〇月〇日

申請区分	☒ 新規	☐ 更新	☐ 区分変更	☐ 要支援者の要介護新規	☐ 転入
介護保険被保険者番号	0000000000			個人番号	
医療保険被保険者名	三郷市			保険者番号	110379
医療保険被保険者証記号	み			番号	12345
				枝番	01
フリガナ	ミサト タロウ			生年	明・大(昭) 〇年〇月〇日
氏名	三郷 太郎 (男・女)			月日	(〇〇 歳)
住所	三郷市〇〇町1-1-1			電話番号	000-000-0000
前回の要介護認定の結果等	要支援 有効			はじめて要介護認定申請をする場合記入不要です。	
区分変更申請の理由					
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	有・無			〇〇病院 〇〇市〇〇 町〇〇〇-〇〇 〇年〇月〇日～ 年 月 日	
				過去6か月間の施設入所・入院状況をご記入ください。	
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元			記入不要です。	
提出(代行)者	提出者氏名			本人との関係 (子)	
	住所			電話番号 000-000-0000	
	※提出(代行)者が事業者の場合のみ記入			事業者名 申請者がご本人や家族・知人等の場合は記入不要です。	
主治医	医療機関名			主治医氏名	
	住所			電話番号	
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	特定疾病名				
◎介護要事◎主◎【更	内容を確認のうえ、同意される場合はご署名をお願いいたします。(ご本人が記入する場合、代筆者欄は空欄)				
本人氏名	三郷 太郎			代筆者	埼玉 花子

※個人情報保護のため、FAXでの申請は受付いたしません

※裏面もご記入ください

医療保険被保険者証にある被保険者証番号をご記入ください。

サービス利用を希望するご本人様についてご記入ください。

ご本人以外の方が申請される場合、申請される方についてご記入ください(ご本人様が申請する場合記入不要)。

主治医(かかりつけ医)についてご記入ください(1か所のみ)。介護保険主治医意見書の作成を、市から主治医に依頼します。

65歳未満の方は特定疾病名を記入し、医療保険被保険者証の写しを添付してください。

参考：特定疾病

- | | | |
|--------------|---------------------------------|-------------------------------|
| 1 筋萎縮性側索硬化症 | 7 脊柱管狭窄症 | 12 閉塞性動脈硬化症 |
| 2 後縦靱帯骨化症 | 8 早老症 | 13 関節リウマチ |
| 3 骨折を伴う骨粗鬆症 | 9 糖尿病性神経障害、 | 14 慢性閉塞性肺疾患 |
| 4 多系統萎縮症 | 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 | 15 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 5 初老期における認知症 | 10 脳血管疾患 | 16 がん |
| 6 脊髄小脳変形症 | 11 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 | |

認定調査連絡票

該当区分に✓

記入例

認定調査を円滑に実施するために、下記枠内のご記入をお願い致します。
なお、こちらの連絡票の写しを、認定調査実施のために、三郷市または市から委託した
事業所の認定調査員に対して提供し、後日「連絡先」になるかたへご連絡を差し上げます。

被保険者氏名	三郷 太郎		申請 区分	☒ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 要支援者の要介護新規	
1 申請理由（新規、区分変更の方は必ずご記入ください。）					
きっかけ	☒ 怪我・病気 大腿骨骨折		いつから： 〇月 〇日		
	加齢・その他（ 自宅で転倒し入院。〇月〇日手術、現在リハビリ中。 ）				
困りごと	☐ 買い物 ☐ 掃除 ☐ 入浴 ☐ ベッド ☐ 車椅子 ☒ 住宅改修 ☐ リハビリ ☐ 通所型サービス ☐ その他				
2 調査場所について					
訪問調査場所	☐ 現住所 ☒ 施設・病院内 ☐ その他（ ）				
住 所	〇〇市〇〇町〇〇〇—〇〇 電話番号 〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇				
施設・ 病院	施設名 病院名 等	〇〇病院 棟 〇 階 〇 号室			
	入院（所） 年月日	〇 年 〇 月 〇 日	（転院・退院等の予定をご記入ください） いつから どちらへ（施設・病院名）		
	転院・退院 の予定	☐ なし ☐ 未定 ☒ あり 〇月〇日 退院し帰宅。			
3 調査実施日の連絡先（認定調査員から電話連絡させていただきます）					
フリガナ	サイタマ ハナコ		続柄	※平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。	
氏名	埼玉 花子		子	電話番号①	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
				電話番号②	〇〇〇—〇〇〇—〇〇〇〇
事業所等 所属名称	※本人・家族等の場合は記入不要です。				
4 調査に同席される方がいる場合、下記①～②をご記入ください。 ※ 平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください。					
①	☒ 上記3 の連絡先のかた				
②	氏名		続柄	電話番号①	
	事業所名			電話番号②	
5 認定調査員車両の駐車場所 ☐ なし ☒ 自宅・施設等駐車場 ☐ その他（ ）					
6 調査にあたり事前に伝えておきたいこと ☐ 家族の同時申請あり ☐ 別室での調査希望あり ☐ 未告知の病気あり ☒ ペットあり（ 犬・猫・他 ） ☐ その他					

調査場所について
ご記入ください。

施設・病院等に入院（入所）中の場合
こちらにもご記入
ください。

上記3 の方以外に
も同席者がいる場合
は、こちらにご記入
ください。