

《申請書記入例》

新規の場合は上段、更新の場合は下段を囲んでください。

様式第6号（第7条関係）
介護保険
埼玉県三郷市長 あて

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

わからない等、記入が困難な項目は空欄でも受け付けます。

被保険者証の10桁の番号を記入してください。

介護保険 被保険者番号	0000000000	個人番号	
医療保険 保険者名		保険者番号	
被保険者 記号・番号	記号	番号	
フリガナ	ミサト タロウ	生年月日	明・大・昭 〇 〇 〇 月 〇 〇 日
氏名	三郷 太郎	性別	男・女
住所	〒000-0000 三郷市〇〇町1-1-1	電話番号	000-000-0000
要介護状態区分1	2 3 4 5	要支援状態区分1	2
効期限	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日		
前回の要介護認定の結果等	※10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(国・道・府・県)	現在、転出元自治体(国・道・府・県)に認定結果通知書(「はい」)を添付してください。
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	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
有・無	介護保険施設等の名称等・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	〇年 〇月 〇日 ~ 〇年 〇月 〇日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日

後期高齢者医療保険の場合、記号・枝番は記入不要です。
国民健康保険、社会保険は保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番を記入してください。
枝番がない場合は記入不要です。

新規申請の場合は記入不要です。

日中に連絡のとれる番号を記入してください。

被保険者の親族、または申請を代行する居宅介護支援事業所等の名称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・特定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) 埼玉 花子 (子)			
住所	〒000-0000 〇〇市〇〇町1-2-3	電話番号	000-000-0000	
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇〇〇病院
	所在地	〒000-0000 〇〇市〇〇町〇〇-〇〇	電話番号	000-000-0000

・現在のご本人の心身状況を把握している医師1名のフルネームを記入してください。
・しばらく受診がない場合は受診するようにしてください。

40歳から64歳の方は特定疾病名を主治医に確認してから記入してください。

第二号被保険者 (要介護認定・要支援認定の対象となる方) の記入

特定疾病名

本人氏名 三郷 太郎 代筆者 埼玉 花子 続柄 (子)

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄です。介護認定で得た資料をケアプラン作成等に使用することに同意する場合は本人氏名を署名してください。代筆の場合は、代筆者欄に代筆者の氏名・本人との関係を記入してください。

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」と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	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 買い物 <input type="checkbox"/> 掃除 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 車椅子 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 通所型サービス <input type="checkbox"/> その他				
2 調査場所について					
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 現住所地 <input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院内 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 未定 <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 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					
<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・施設等駐車場 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
6 調査にあたり事前に伝えておきたいこと					
<input type="checkbox"/> 家族の同時申請あり <input type="checkbox"/> 別室での調査希望あり <input type="checkbox"/> 未告知の病気あり <input checked="" type="checkbox"/> ペットあり（ <input checked="" type="checkbox"/> 犬 <input type="checkbox"/> 猫・他 ） <input type="checkbox"/> 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。

【参考】40歳～64歳の方が介護保険を利用するときに対象となる病気（特定疾病）

- 1 がん（がん末期）
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症
- 7 進行性核上性麻痺、大脳基底核変性症及びパーキンソン病（パーキンソン病関連疾患）
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 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