

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
（☐新規・☐更新・☐区分変更・☐要支援者の新規要介護）

国分寺市長 殿 次のとおり申請します。 ※ 申請日は市が受理した日となります。

記入日		令和 年 月 日		介護保険 被保険者番号		0000									
認定 を 受 け よ う と す る 人	医療 保 険	保険者名			保険者番号										
		被保険者証	記号			番号			枝番						
		フリガナ				個人番号									
		氏 名				生年月日		明・大・昭		年 月 日					
						性 別		男 ・ 女		年 齢		歳			
		住 所	〒 ー			電話番号		( )							
		※住民登録のとおり記入													
		現在の要介護 認定状況	<input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2		<input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2		<input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4		<input type="checkbox"/> 要介護5						
		有効期間		年 月 日 ~		年 月 日									
	入所中・入院中 の場合のみ記入 (短期入所は除く)	入所・入院施設名		(病棟・部屋番号)											
		所 在 地		〒 ー		電話番号		( )							
		入所・入院の期間		年 月 日 ~		年 月 日									
	変更申請の場合 該当する理由を チェック(☑)	変 更 理 由	1 <input type="checkbox"/> 身体機能の( <input type="checkbox"/> 低下・ <input type="checkbox"/> 改善) 2 <input type="checkbox"/> 認知症症状、精神・神経症状の( <input type="checkbox"/> 悪化・ <input type="checkbox"/> 改善) 3 その他 ( )												

※以下の主治医の欄は認定申請に当たり重要ですので、記入してください。記入がなされていない場合は、申請を受け付けることができませんので、御注意ください

主 治 医	フリガナ		診療科目名			
	氏 名 ※記入必須		※記入必須			
			最近受診した日		年 月 日	
	医療機関名 <input type="checkbox"/> 入院先と同じ		所 在 地		〒 ー	
	電 話 番 号 <input type="checkbox"/> 入院先と同じ		( )		同 じ	

※2号被保険者（40歳から64歳）のみ記入し、医療保険証のコピーを添付してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

※【提出した人】が認定を受けようとする御本人の場合は記入不要です。

提 出 し た 人	フリガナ		本人との関係			
	氏 名					
	住 所 ※本人と同居で ない場合に記入		〒 ー		電話番号 ( )	
	提出代行 事業者名 ※事業者が提出する場合		<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設			

※地域包括支援センター、担当ケアマネジャー・主治医等の請求に基づき、ケアマネジメント等の資料として、市が、【認定審査会資料】・【認定結果】を提供することに同意する場合は、下記に署名をお願いします。

《同意欄》氏名	(代筆者氏名)	(続柄： )
---------	---------	--------

\* 裏面に訪問調査連絡票がありますので、必ず記入してください。

この連絡票は、訪問調査を行うに当たり事前に下記についてお伺いするものです。  
質問形式になっていますので該当するところはもれなく記入してください。  
(該当する口に✓した上で記入してください)

\*施設入所中の場合、家族の同席が無くても、施設職員等から話を聞いて調査しますので、ご安心ください。  
\*調査員に連絡しておきたいことをメモや電話で伝えていただければ、特に同席する必要はありません。

☐ 同席しない

□ 不都合な曜日・日・時間帯がある ⇒ 具体的に  
(土・日・祝日はお伺いできません)

フリガナ

④現在、利用しているケアマネジャーの名前・居宅介護支援事業所名を教えてください。

☐ その他

⑥調査に際しての留意点や、状態変化について具体的に記入してください。(新規・区分変更は必ずご記入ください。また、訪問先がご住所や入院先と違う場合もご記入ください。)

---

---

---

---

受 付	<input type="checkbox"/> 窓 <input type="checkbox"/> 郵 送	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターもとまち <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターひかり <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターひよし <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターこいがくぼ	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センターなみき <input type="checkbox"/> 地域包括支援センターほんだ <input type="checkbox"/> 高齢福祉課（市役所2階）	受付印  受付者： <input type="checkbox"/> 1日扱い区分変更
医療保険証 (2号のみ)	<input type="checkbox"/> 確認済			
介護保険被保険者証	<input type="checkbox"/> 確認済 → <input type="checkbox"/> 返却 <input type="checkbox"/> 預り	<input type="checkbox"/> 持参忘れ → <input type="checkbox"/> 介護システム確認済		
個 人 番 号	<input type="checkbox"/> 確認済 <input type="checkbox"/> 未確認 → <input type="checkbox"/> 補 記	※確認・補記	/                      担当者：	
申 し 送 り 欄				