

帳票ID

621

申請日

令和 年 月 日

被保険者番号

被保険者番号欄

令和8年4月～様式

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 (新規・更新・変更・転入)

広島市長
次のとおり申請します

Main application form with sections for applicant info, insured person info, current status, and medical info.

医療保険情報

Medical insurance information table with checkboxes for various insurance types and their numbers.

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

Table for recording specific disease names for the second insured person.

同意欄 (Consent section) containing a detailed consent statement and a signature line for the applicant.

※ 介護保険被保険者証の原本を添付してください。
※ 申請書の提出先は、お住まいの区の福祉課高齢介護係です。
※ 主治医に主治医意見書の作成の同意を得た上で申請を行ってください。

認定調査連絡票

□医療保険加入確認（第2号：40～64歳）
被保険者証の回収（□有・□無・□再交付）

※要注意
入退院・入退所等で生活場所が変更となった場合、原則1週間以上経過してからの調査となります。

受付確認欄 (受付者：)

認定調査依頼先 □包括・□居宅・□施設・□事務受託法人・□市職・□依頼 ()

電話番号 ()

主治医意見書⇒□自宅・□直送・□施設・□窓口渡し【本人・家族・ケアマネ・その他 ()】

申請者記入欄

代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合には記入不要です。当てはまるものに☑し、()に記入してください。

調査場所	<input type="checkbox"/> 居宅
	<input type="checkbox"/> 入院先 () 病棟 ()
	入院開始日 (年 月 日) 病名 ()
	転院予定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒ (年 月 日頃) 転院先 ()
	退院予定 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有⇒ (年 月 日頃)
	<input type="checkbox"/> 施設 ()
	<input type="checkbox"/> その他 () 住所 ()
生活状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(配偶者のみ) <input type="checkbox"/> 同居 ()
調査立会人	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒氏名 () 続柄 ()
	電話番号 () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 調査立会人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	電話番号 () ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。
本人の状況	認知機能の低下 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有)
	難聴 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有⇒筆談や手話が必要ですか <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要)

その他(心身や生活の状況などを記入してください)