

帳票ID

621

申請日

令和

年

月

日

被保険者番号

## 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

申請年月日

令和

年

月

日

次のとおり申請します。

申請者氏名			本人との関係		
提出代行者 名称	該当に○ (地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)				
申請者住所	〒		—	電話番号	( )
被保険者番号			個人番号		
フリガナ			性別	元号	生年月日
被保険者氏名			<input type="checkbox"/> 1男 <input type="checkbox"/> 2女	<input type="checkbox"/> 1明治 <input type="checkbox"/> 2大正 <input type="checkbox"/> 3昭和	<input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日
住所	〒		—	電話番号	( )
現在(前回)の 要介護状態区分 (認定結果)等	更新変更時 のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2
		有効期間	平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで		
	14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(市町村)名			
変更申請の理由 (変更時のみ記入)	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。)				
入所・入院施設名 (短期入所を除く)	施設名			所在地	
主治医	主治医の 氏名			医療機関名	
	所在地	〒		—	電話番号 ( )

## 医療保険情報

保険者名	保険者番号		被保険者番号	
広島県国民健康保険	3	4	4	0
広島県後期高齢者医療広域連合	3	9	3	4
その他				

## 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

特定疾病名	
-------	--

同意欄	要介護認定・要支援認定申請を行うにあたって、下記事項に同意します。	
	① 介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要なときは、その計画を作成する者に要介護認定・要支援認定に係る調査内容、判定結果、主治医意見書を提供すること	
	② 主治医意見書を記載した医師に、判定結果を通知すること	
	③ 判定結果が非該当、要支援1又は要支援2となった場合、介護予防ケアマネジメントにより生活機能低下の防止や状態の維持・改善を図るため、地域包括支援センターに、判定結果等を提供すること	
	④ (更新申請の場合のみ)現在の認定有効期間内に認定を行うことができるときは、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略すること	
	(本人氏名を代筆した場合)本人の依頼に基づき、代筆します。	
本人氏名	代筆者氏名	本人との関係

※ 介護保険被保険者証の原本を添付してください。原本を紛失の場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書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。申請を受け付けた後、区役所から申請書に記載された主治医に対して、意見書の提出を求めます。

※ 申請を受け付けた後、市または市が委託した事業所等の認定調査員がご自宅等へ伺い、日頃の心身の状況等について本人や家族等へ聞き取り調査を行います。

認定申請聞き取り調査票

□健康保険証（2号）  
被保険者証の回収（有・無・再交付）

認定調査依頼先

（受付者：）

事業所名 包括・居宅・施設・事務受託法人・市職・依頼（）

電話番号（）

調査場所	居宅
	入院先（）病棟（）電話確認⇒無・有（に伝言）
	その他（）
生活状況	・独居 ・同居 ・日中独居 ・家族構成（）
調査立会人	・なし ・あり⇒氏名（）続柄（）
連絡先	・本人 ・立会人 ・その他（）
	電話番号（）
調査日程	年 月 日（） 時間（：） 担当者（）
本人の状況	認知機能の低下（有・無） 難聴（有・無）

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（）]  
（備考）

※聞き取り調査票は区職員が記入します。