

# 認定申請書（表面）記入例

以下の 記入例・注意事項 は、本人・親族が申請を直接行う場合についてのものです。

介護保険被保険者証（ピンク色）を添付してください。

個人番号																				
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規）・更新・変更

神戸市長 宛 次のとおり申請します。

被	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	申請年月日	令和 元 年 9 月 1 日			
	フリガナ	コウベ ハナコ										生年月日	明治 大正 12 年 3 月 4 日 昭和 ( 82 歳)	性別	男・女	
保	被保険者氏名	神戸花子										生年月日				
	住民票上の住所	〒650-0001					神戸市中央区加納町×丁目×番×号							電話番号	078(321)0000	
險	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		有効期間	年 月 日から		年 月 日まで									
	変更申請の理由(変更時のみ記入)	100文字以内で記入：例⇒下肢筋力が低下し、歩行困難になったため														
	入所・入院先	該当するものを○で入所入院なし、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・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設・一般病院・その他施設														
者	(在宅(短期入所を含む)は、入所入院なしを○で囲んでください。)	施設名														
		所在地								病棟	階	号室				
	40~64歳の方は記入してください	特定疾病名								(*医療保険被保険者証の写しを添付してください)						
	訪問先住所(該当するものを○で囲んでください)	・住民票住所と同じ					・入所入院先と同じ					電話番号	( )			
	本人以外の方と訪問調査の調整が必要な場合はその方の氏名等を記入してください	氏名	神戸太郎		続柄	子		電話番号	078(890)0000							

主治医	氏名	雲井 一郎	医療機関名(総合病院の場合には診療科も記入)	中央病院 (整形外科)			
	所在地	〒651-0096 神戸市中央区雲井通×丁目×番×号		電話番号	078(345)0000		
	受診状況	通院中(最終受診日令和元年 8 月 20 日頃)			入院中		

申請書記入者	氏名又は事業者の名称	親族(本人との関係：成年後見人) 又は代行事業者 社会福祉法人〇〇市社会福祉協議会 理事長 介護 二郎					該当するものに○			
	本人の場合は記入不要です(事業者担当者名： )	事業者番号				・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 ・介護医療院 ・地域密着型介護老人福祉施設				
	住所又は所在地	〒000-0000		東京都〇〇市△△町×丁目×番×号		電話番号	03(0000)0000			

同意欄	私は、介護サービス計画の作成など介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、今回の要介護認定・要支援認定にかかる ①結果通知の内容 ②認定調査票 ③主治医意見書 を、私が居宅サービス計画の作成を依頼している事業者へ提供することに同意します。										
	私は、主治医意見書を記載した医師から求めがあるときは、今回の要介護認定・要支援認定の結果通知の内容を同医師へ提供することに同意します。 (更新申請の場合のみ)私は、今回の要介護認定・要支援認定が申請日から30日を超えても、現在の要介護・要支援状態区分の有効期間内であれば、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に同意します。										
	被保険者氏名	神戸花子			代筆者氏名	社会福祉法人〇〇市社会福祉協議会 理事長 介護 二郎					
	※被保険者による自筆が困難な場合は、親族等による代筆が可能です(事業者は不可) ※被保険者氏名を代筆された方は、代筆者氏名及び続柄を記載してください。										
		(続柄)		成年後見人							