

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

日南市長 様

新規	更新	変更	転入
----	----	----	----

次のとおり申請します。

申請者氏名		申請年月日	令和 年 月 日
		本人との関係	
提出代行 者称	該当に○(地域包括支援センター・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・介護医療院)		
申請者住所	〒 電話番号		

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号	
	医療 保 険	保険者	保険者番号	
		被保険者証	記号	番号
	フリガナ	生年月日		年 月 日 () 歳
	氏 名	性 別		男 ・ 女
	住 所	〒 電話番号		
	前回の要介護 認定の結果等	※過去に 認定がある 場合のみ 記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
			前回認定日	年 月 日
			有効期限	年 月 日 から 年 月 日
			※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 [] 現在、転出元自治体(市町村)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「はい」を選択してください) 「はい」の場合、申請日 年 月 日
過去6月間の介護 保険施設・医療機関 入院所の有無	介護保険施設又は医療機関等の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
有 ・ 無	介護保険施設又は医療機関等の名称	期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
変更申請の理由	該当するものに○をしてください ア. 心身の状況が変化しているため(良くなった・悪くなった) イ. その他 [] 具体的理由→ []			

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

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	
-------	--

市 町 村 確 認 欄	
証の回収	介護保険資格者証受領者
有 ・ 無	本人・家族・その他()

被保険者番号() 氏名()

訪問調査にお伺いするために、次の項目をお書きください

1 実際に住んでいる所(調査に伺う場所)はどこですか。

ア. 住所地で生活しています。

イ. 家族の家、病院、施設などで生活しています。

住所

電話番号

方書

本人との関係

病院・施設名称

病棟・部屋番号

2 調査の時にどなたか同席されますか。

ア. 本人だけです。

イ. 家族などが同席します。

氏名

本人との関係

電話番号(平日の9時~16時に連絡のとれる電話)

3 調査にお伺いする日にちで、ご都合の悪い曜日、日時等があればお書きください。

※なお、現在利用中のサービスも記入してください。(例: デイサービス 毎週月・水・金 9:00~15:00)

4 下記に該当する場合は、チェックしてください。

☐ がん末期等 ・ 診断名 ()

・ 本人への告知 ☐ 有 ☐ 無

※ がん末期等については、末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病です。

5 調査の時に留意すべき事項等があればお書きください。(例: 大きな声で話してください)

要介護認定等にかかる個人情報提供に関する同意書

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があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、日南市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、日南市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

2 日南市のおこなう地域支援事業、高齢者福祉サービス等の受給に必要があるときは、氏名、住所、被保険者番号、判定結果について、サービス実施担当係へ提示することに同意します。

本人氏名

代筆者

※法定代理人の場合は、裁判所や法務局等の証明書の写しを添付してください。

※ 結果の受け取り先が住所地でない場合は、お書きください。

住所

氏名

事業所名

電話番号

※市役所確認欄 ☐ 窓口 ☐ 郵送

個人番号確認実施者	窓口に来た人	代理人から個人番号提供を受ける場合		被保険者の個人番号の確認方法	
		代理権を確認するもの	代理人の確認		
	☐ 本人	☐ 委任状	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード	☐ その他()
	☐ 代理人	☐ 対象者の介護保険証	☐ 個人番号カード	☐ 通知カード	☐ 職権
	☐ 家族	☐ 官公署等が発行した書類	☐ 介護支援専門員証	☐ 運転免許証	☐ カード未持参
	☐ その他()	☐ その他()	☐ その他()	☐ 介護保険証	☐ 身元確認証不足
				☐ その他()	☐ 代理権確認書類不足

介護保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

《記入例》

日南市長様

次のとおり申請します

医療保険についてもご記入ください。

新規

更新

変更

転入

申請者氏名	日南 一郎	申請年月日	〇〇年 〇月 〇日
提出代行 者名	該当に〇(地域包括支援センター・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・介護医療院)		
申請者住所	〒 889-2402 電話番号 0987-55-2111 日南市北郷町郷之原乙1477番地		

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号			
	医療 保 険	保険者	宮崎県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39452040	
		被保険者証	記号	番号	12345678	枝番
	フリガナ	ニチナン タロウ		生年月日	昭和12年 4月 1日 (86) 歳	
	氏 名	日南 太郎		性 別	男・女	
	住 所	〒889-3206 電話番号 (64) 1111 日南市南郷町南町8番地1				
	前回の要介護 認定の結果等	※過去に 認定がある 場合のみ 記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2		
			前回認定日	年 月 日		
			有効期限	年 月 日 から	年 月 日	
	過去6月間の介護 保険施設・医療機関 入院入所の有無	介護保険施設又は医療機関等の名称	期間 R5年 5月 1日～ R5年 6月 1日			
有・無	介護保険施設又は医療機関等の名称	期間 年 月 日～ 年 月 日				
変更申請の理由	該当するものに〇をしてください ア. 心身の状況が変化しているため(良くなった・悪くなった) イ. その他 具体的理由→					

主治医	主治医の氏名	宮崎 花子	医療機関名	日南中央病院
	所在地	〒 887-0021 電話番号 31-1160 日南市中央通一丁目1番地1		

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	
-------	--

市 町 村 確 認 欄	
証の回収	介護保険資格者証受領者
有・無	本人・家族・その他()

被保険者番号 (0000123456) 氏名 (日南 太郎)

訪問調査にお伺いするために、次の項目をお書きください

1 実際に住んでいる所(調査に伺う場所)はどこですか。

ア. 住所地で生活しています。

イ. 家族の家、病院、施設などで生活しています。

住所 日南市北郷町郷之原乙1477番地

電話番号 55-2111

方書 日南一郎 方

本人との関係 長男

病院・施設名称

病棟・部屋番号

2 調査の時にどなたか同席されますか。

ア. 本人だけです。

イ. 家族などが同席します。

氏名 日南 一郎

本人との関係 長男

電話番号(平日の9時~16時に連絡のとれる電話) 55-2111.090-1111-1111

3 調査にお伺いする日にちで、ご都合の悪い曜日、日時等があればお書きください。

※なお、現在利用中のサービスも記入してください。(例:デイサービス 毎週月・水・金 9:00~15:00)

デイサービス : 月~金 9:00~15:00

訪問介護 : 毎週月・水・金 10:00~10:30

4 下記に該当する場合は、チェックしてください。

がん末期等の場合は、お書きください。

☐ がん末期等

・診断名 ()

・本人への告知

☐ 有

☐ 無

※ がん末期等については、末期の悪性腫瘍その他厚生労働大臣が定める疾病です。

5 調査の時に留意すべき事項等があればお書きください。(例:大きな声で話してください)

大きな声で話してください。調査のあとは家族に再確認してください。

要介護認定等にかかる個人情報提供に関する同意書

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があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、日南市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、日南市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

2 日南市のおこなう地域支援事業、高齢者福祉サービス等の受給に必要があるときは、氏名、住所、被保険者番号、判定結果について、サービス実施担当係へ提示することに同意します。

本人氏名 日南 太郎

代筆者 日南 一郎(長男)

※法定代理人の場合は、裁判所や法務局等の証明書の写しを添付してください。

※ 結果の受け取り先が住所地でない場合は、お書きください。

〒 889-2402

住所 日南市北郷町郷之原乙1477番地

氏名 日南 一郎

事業所名

電話番号 0987-55-2111

※市役所確認欄 ☐ 窓口 ☐ 郵送

個人番号確認 実施者	窓口に来た人	代理人から個人番号提供を受ける場合		被保険者の個人番号の確認方法	
		代理権を確認するもの	代理人の確認		
	☐ 本人	☐ 委任状	☐ 運転免許証	☐ 個人番号カード	☐ その他()
	☐ 代理人	☐ 対象者の介護保険証	☐ 個人番号カード	☐ 通知カード	☐ 職権
	☐ 家族	☐ 官公署等が発行した書類	☐ 介護支援専門員証	☐ 運転免許証	☐ カード未持参
	☐ その他()	☐ その他()	☐ その他()	☐ 介護保険証	☐ 身元確認証不足
				☐ その他()	☐ 代理権確認書類不足