

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

申 記入例

該当するものに☑をしてください。

新規 更新 要支援からの新規申請 変更 転入

飯田市長 様

次のとおり申請します。

被保険者欄は印字されます。

申請年月日 年 月 日

介護保険 被保険者番号		(医療保険は印字されません。)		人番号																	
医療 保険	保険者名	後期高齢者				保険者番号		39202056													
	被保険者証					番号		12345678			枝番										
(医療保険) 保険者名、被 保険者証番号・記号を記入 してください。		カイゴ タロウ				生年月日		明・大(昭) 10年 4月 5日			(86)歳										
		介護 太郎				性別		男・女													
住所		501 取田市 大久保町2534										電話番号 0265 - 22 - 4511									
被 保 険 者	※変更・更新申請の場合 のみ記入		現在の要介護度		要支援( ) 要介護( 2 )																
			有効期間		令和6年 10月 1日 から 令和7年 9月 30日																
過去の要介護 認定の経緯等		転出元自治体(市町村)名[ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (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。) 「はい」の場合、申請日 年 月 日 はい・いいえ																			
過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院・入所の 有無(○を)		介護保険施設の名称・所在地等										期間									
		〇〇病院										令和7年8月1日 ~									
												~									
												~									
		有・無																			

記入してください

申 請 者 ( 提 出 代 行 者 )	氏名 (名称)	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) 担当者名( )																	
	住所	〒 - 電話番号 -																	

主 治 医	診療科(科)	氏名	医療機関名									
	所在地	〒	電話番号									

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※ 医療保険証を必ず持参してください。

特定疾病名	※第二号被保険者の方のみ記載																	
-------	----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

○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、飯田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、飯田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、介護予防支援事業者、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)のことに同意します。

○有効期 がある場合は、延期通知を省略することに同意します。

※注1 被 ださい。

※注2 介護保険証を必ず添付してください。

裏面あり

被保険者氏名

(裏面もご記入ください)

被保険者氏名 【 介護 太郎 】	
被保険者以外の連絡人氏名	介護 三郎 被保険者との関係 ( 長男 )
連絡先	携帯電話 ( 999 - 999 - 9999 自宅 ( 88 - 8888 ) )
	その他 ( )

“お聞かせください”

申請理由 (※新規・変更申請のみ)	身体面	<input type="checkbox"/> 骨折 (部位 ) <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 筋力低下
	認知面	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 精神
	その他	<input type="checkbox"/> 独居
	具体的な状況	
	希望するサービス (複数選択)	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 施設入所希望

更新は申請理由欄の記入不要です

利用状況等のポイント	● デイサービス/デイケア/ <input checked="" type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日 利用施設名
	総合事業利用日: 2/25~3/5、3/25~4/10 【●● デイサービスセンター】 利用施設名
	● ショートステイ利用日: 前月~当月~来月を詳しく記入 【 】 利用施設名
	● その他留守になる日/曜日: 透析・受診等

調査について	希望日	第1希望: 4月 23日 火曜日 9:30 / 10:30 13:30 第2希望: 4月 26日 金曜日 9:30 / 10:30 13:30	※土日祝日・年末年始を除く ※午後は病院・施設の優先枠となりますので、ご希望に添えない場合もあります
	希望場所 (希望する場所1つに☑)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 住所地以外の住居: ( 宅:住所 ) <input type="checkbox"/> 病院: 病院 階 号室 入院日 退院予定日 <input type="checkbox"/> 施設: 施設名 階 日 入所日 退所予定日	
	立会者	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (続柄 長女 ) <input type="checkbox"/> 包括職員 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ ( 〇〇〇 ) <input type="checkbox"/> 相談員 ( ) <input type="checkbox"/> その他 (成年後見人等 )	

※以下 飯田市記入欄

予約受付 年 月	飯田市記入欄	日 ( ) 確認者
時間 : TEL		窓口 と決定
		の場合 記事項証明 <input type="checkbox"/> 社員証
本人・代理人	身元確認 一 個人カ プレ印字 他 ( ) 他 ( ) 他 ( )	確認者
	番号確認 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 保有特定個人情報 <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 住基検索 <input type="checkbox"/> 個人番号記載住民票・記載事項証明	代理 確認
		<input type="checkbox"/> 法定 (戸・住・成後・他 ) <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 本人の一号/二号確認 ( )