

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

新規 更新 変更 転入

支⇄介  
介⇄介  
支⇄支

(あて先) 仙台市区長  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                                   |   |                |  |
|-----------------------------------|---|----------------|--|
| 申請者氏名<br><small>※窓口に来られた方</small> |   | 被保険者<br>本人との関係 |  |
| 申請者住所                             | 〒 (申請者が被保険者本人の場合は、この欄の記載は不要です。)   |                |  |
|                                   | TEL ( )   |                |  |
| ※○で囲んでください。<br>提出代行者名             | 1. 指定居宅介護支援事業者 2. 指定介護老人福祉施設 3. 介護老人保健施設 4. 指定介護療養型医療施設<br>5. 介護医療院 6. 地域包括支援センター |                |  |
|                                   | 印   |                |  |

※代行者又は親族以外の場合は委任状が必要です。また、代行者や親族でも個人番号が記載された申請の際は、本人の被保険者証又は委任状等が必要です。

|  |   |  |                                   |                               |                               |                                 |                            |
|--|---|--|-----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|----------------------------|
| 被<br>保<br>険<br>者<br><br>※<br>認<br>定<br>を<br>受<br>け<br>よ<br>う<br>と<br>す<br>る<br>方 | 被保険者番号  |  | 個人番号                              |                               |                               |                                 |                            |
|  | フリガナ  |  |                                   |                               |                               |                                 |                            |
|  | 氏名  |  |                                   |                               |                               |                                 |                            |
|  | 生年月日  | 明治・大正・昭和                               | 年                                 | 月                             | 日 ( 歳)                        | 性別                              | 男・女                        |
|  | 住所  | 〒                                      |                                   |                               | 訪問調査日程調整連絡先<br>フリガナ           |                                 |                            |
|  |   | TEL                                    |                                   |                               | 氏名                            |                                 |                            |
|  | 調査員<br>訪問先  | 〒 (住所又は下記の介護保険施設と同じ場合には、この欄の記載は不要です。)  |                                   |                               | (本人との関係)                      |                                 |                            |
|  |   | TEL ( )                                |                                   |                               | TEL ( )                       |                                 |                            |
|  | 調査同席者   | <input type="checkbox"/> 有             | <input type="checkbox"/> 家族(続柄: ) | <input type="checkbox"/> ケアマネ | <input type="checkbox"/> 施設職員 | <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> 無 |
|  | 前回の要介護<br>認定の区分等<br><small>※受給転入の場合は裏面に記入</small> | 非該当 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5 |                                   |                               |                               |                                 |                            |
| 変更の理由<br><small>※区分変更時のみ記入</small>   |   |  |                                   |                               |                               | 悪化・改善                           |                            |
| 介護保険施設<br>(特養・老健・療養型<br>・介護医療院)  | 有・無   | 施設名                                    |                                   |                               |                               |                                 |                            |
| 入所の有無<br><small>※短期入所を除く</small>   | →   | 所在地                                    | 〒                                 |                               |                               |                                 |                            |
|  |   |  |                                   | TEL ( )                       |                               |                                 |                            |

|             |           |       |              |         |   |
|-------------|-----------|-------|--------------|---------|---|
| 主<br>治<br>医 | 医療<br>機関名 |       | フリガナ<br>医師氏名 |         |   |
|             | 所在地       | 〒     |              |         |   |
|             |           | 最終診察日 | 年            | 月       | 日 |
|             |           |       |              | TEL ( ) |   |

|   |            |  |
|---|------------|--|
| ※この申請を行うにあたっては、裏面記載の「同意する事項」に同意します。<br>(ご本人による記入が困難な場合、ご本人またはご家族の依頼により代筆可。) | 被保険者<br>氏名 |  |
|---|------------|--|

※下記の欄は、第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、健康保険被保険者証を提示または写しを添付してください。

|                           |  |                   |          |
|---------------------------|--|-------------------|----------|
| 医療保険者名                    |  | 医療保険<br>被保険者証記号番号 | 記号<br>番号 |
| 特定疾病名<br>(介護が必要になった原因の病名) |  |                   |          |

|  |   |        |
|--|---|--------|
| 備<br>考<br><br>処<br>理   | <input type="checkbox"/> 番号確認(個人番号カード・通知カード・住民票) <input type="checkbox"/> 身元確認(運転免許証・健康保険証・その他)                     | 収<br>受 |
|  | <input type="checkbox"/> 介護を要する原因が交通事故等の第三者行為である  |        |
|  | 介護サービス等の利用の有無 <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし   |        |
| 訪問調査先の駐車場の有無(複数回答可) <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 近所に有料駐車場あり          |   |        |
| 意見書 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他( )  | <input type="checkbox"/> 在 新 <input type="checkbox"/> 在 継 <input type="checkbox"/> 施 新 <input type="checkbox"/> 施 継 |        |
| 資格者証 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他( ) | 滞納 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(1年未・1.5年未・2年未・欠損)  |        |
| 認定結果 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他( ) | 負担割合証 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> その他( )                       |        |
|  | <input type="checkbox"/> 結果通知時  |        |

※申請書には、介護保険被保険者証を添えて提出してください。  
※申請書の写しを調査事業者に送付しますので、あらかじめご了承ください。  
※本人の住所以外に認定結果を送付する場合には委任状もしくは送付先の設定が必要になります。