介護保険　（要介護・要支援）認定申請書

収受印

□新　規　□更　新　□転　入
□区分変更（要支援者の区分変更/要介護者の区分変更）
□要支援・要介護者新規（要支援者の要介護への区分変更）＊該当するものに「レ」点をつけてください。

小田原市長 様　　次のとおり申請します。

申請年月日：令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号			個人番号		
	医療保険	保険者名		保険者番号		
		被保険者証	記号		番号		枝番	
	フリガナ			生年月日	明・大・昭　年　月　日（　歳）	
	氏名			性別	男　・　女	
	住所	〒 電話番号　　-　　-				
	現在の要介護状態区分等 ※更新申請・区分変更申請の場合に記入	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　令和　　年　　月　　日　から　令和　　年　　月　　日				
	申請の理由 ※新規申請・区分変更申請の場合に記入					
	介護保険施設入所の有無（短期入所を除く）	有・無	入所施設名			
			所在地			

・申請に来た人（申請者が被保険者と同じ場合は同上と記入してください。）

代行者は該当に〇をつけてください。
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院

氏名（名称）
住　　所
電話番号
被保険者との関係

主治医	医療機関名		医師名	科　　先生
	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	

次のことに同意します。

1　介護(予防)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、要介護認定等に係る調査内容、認定結果及び主治医意見書を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及び介護保険施設並びに主治医意見書を記載した医師に提示すること。

2　要支援１及び２と認定された場合、地域包括支援センターが援助を行うため、住所、電話番号等のあなたの連絡先に関する情報を地域包括支援センターに提供すること。

本人氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※　あなたに必要な介護(予防)サービスを適切にかつ円滑に提供するため、できるだけご同意ください。

受付者	問診票	被保証回収	健康保険証	入力者
	有・無・省略	済・未・再・2号交付	有・無・不要	
	保険料収納状況	負担割合証発行	資格者証発行	
	未納（有・無）滞納（有・無）	済・未・不要	窓口・郵送	

申請には介護保険被保険者証が必要です。40～64歳の方については、医療保険の被保険者証（健康保険証）もあわせて必要になります。

こちらは裏面です。表面にも記入欄があります。

裏　面

訪問調査について	調査場所	□自宅（住民登録をしているところ） □親族宅など　　本人との関係（　　） 所在地： 電　話： 自宅や親族宅などの場合、駐車場（訪問調査の車両を置く場所）の有無をご記入ください。 □あり（　　）　　□なし □病院（主治医欄と同じ） 入院日　令和　　年　　月　　日～令和　　年　　月　　日　退院予定・未定 （　　階　　号室）　　病院担当者： □転院予定あり（　　月　　日） 病院名： 所在地： 電　話： □施設等 □表面の入所施設欄と同じ（　　階）　施設担当者： □入所予定あり（　　月　　日） 施設名： 所在地： 電　話：　　施設担当者：
	調査日を決める際の連絡先	□被保険者本人 □申請者 □その他　氏名（フリガナ）：　　本人との関係（　　） 住所：　　電話：
	調査の際に立ち会う方	□申請者 □その他　氏名（フリガナ）：　　本人との関係（　　） 住所：　　電話： □立会人なし
	調査日の希望	調査は、月曜日から金曜日（祝日及び年末年始を除く）の午前9時40分前後及び午後1時30分前後からの開始となります。所要時間は30分から1時間程度です。 調査日について希望があればご記入ください。（月曜日の午前は避けて欲しい など）

主治医について	表面に記載した主治医についてご記入ください。 □入院中 □通院・往診 頻度　年・月・週　　回　　最終受診日　令和　　年　　月　　日

介護が必要となった原因について（いずれかひとつに☑）
□交通事故　□誰かにけがをさせられた　□食中毒　□病気やけが、加齢によるもの

記入はここまでです。　記入漏れにご注意ください。