

記入例(新規)

三木市介護保険【要介護・要支援】認定申請書

三木市長 様

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
新規(要支援者の要介護への区分変更) 転入

申請年月日 令和 4年 6月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	個人番号	省略可		
	医療 保険	保険者名	三木市		保険者番号	280000
保 険 者	被保険者証	記号	番号	000000	枝番	00
	フリガナ	三木 太郎		生年月日	昭和〇年〇月〇日	
保 険 者	氏名	三木 太郎		性別	男・女	
	住所 (住民登録地)	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇		電話番号	0794-〇〇-〇〇〇〇	
保 険 者	訪問調査先 (上記と異なる場合)	〒		電話番号	<input type="checkbox"/> 入院(所)中	
	訪問調査 について	立会希望(有)無) 氏名(三木 花子) 続柄(子)		昼間連絡先(電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇)		
保 険 者	現在の 要介護 状態 区分等	更新・変更時 のみ記入	要介護状態区分	要介護(1 2 3 4 5)	要支援(1 2)	
	転入者のみ 記入	有効期間	年 月 日 から	年 月 日		
保 険 者	変更申請の理由 ※(変更時のみ記入)	転出元市町村名() 受給資格証明書(有・無)				
	連絡事項 (事前に伝えたい事等)					

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	該当に〇(居宅介護支援事業者・特養・老健・療養型・医療院・家族・地域包括支援センター・その他)	担当者氏名()
住所又は所在地	〒	本人申請の場合、記入不要
		電話番号

※主治医の氏名が不明(名字しか分からない等)な場合は、同欄に「診療科」を記入してください。

主 治 医	主治医氏名	播磨 三郎	医療機関名	播磨医院 (最終受診年月日 令和4年 5月 31日)
	所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険者証のコピーを添付してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

- ・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- ・介護サービス等計画を作成する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・意見及び主治医意見書を、三木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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

被保険者氏名 三木 太郎 (代筆者氏名)

記入例(更新)

三木市介護保険【要介護・要支援】認定申請書

三木市長 様

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
新規(要支援者の要介護への区分変更) 転入

申請年月日 令和 4年 6月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	個人番号	省略可			
	医療 保険	保険者名	三木市	保険者番号	280000		
保 険 者	被保険者証	記号	番号	000000	枝番	00	
	フリガナ	三木 太郎		生年月日	昭和〇年〇月〇日		
保 険 者	氏名	三木 太郎		性別	男・女		
	住所 (住民登録地)	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇		電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇			
保 険 者	訪問調査先 (上記と異なる場合)	〒		☐入院(所)中 電話番号			
	訪問調査 について	立会希望(有)無) 氏名(三木 花子) 続柄(子)		昼間連絡先(電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇)			
保 険 者	現在の 要介護 状態 区分等	更新・変更時 のみ記入	要介護状態区分	要介護(1 2 3 4 5)	要支援(1 2)		
	転入者のみ 記入	有効期間		令和2年 1月1日から 令和5年 12月 31日			
変更申請の理由 ※(変更時のみ記入)		転出元市町村名() 受給資格証明書(有・無)					
連絡事項 (事前に伝えたい事等)							

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	該当に〇(居宅介護支援事業者・特養・老健・療養型・医療院・家族・地域包括支援センター・その他) 兵庫県ケアプランセンター 担当者氏名(兵庫 次郎)
住所又は所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇

※主治医の氏名が不明(名字しか分からない等)な場合は、同欄に「診療科」を記入してください。

主 治 医	主治医氏名	播磨 三郎	医療機関名	播磨医院 (最終受診年月日 令和4年 5月 31日)
	所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険者証のコピーを添付してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

- ・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- ・介護サービス等計画を作成する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・意見及び主治医意見書を、三木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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

被保険者氏名 三木 太郎 (代筆者氏名)

記入例(要介護・要支援状態の区分変更)

三木市介護保険【要介護・要支援】認定申請書

三木市長 様

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
新規(要支援者の要介護への区分変更) 転入

申請年月日 令和 4年 6月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	個人番号	省略可				
	医療 保険	保険者名	三木市		保険者番号	280000		
保 険 者	被保険者証	記号			番号	000000	枝番	00
	フリガナ	三木 太郎			生年月日	昭和〇年〇月〇日		
保 険 者	氏名	三木 太郎			性別	男 ・ 女		
	住所 (住民登録地)	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇		電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇				
保 険 者	訪問調査先 (上記と異なる場合)	〒		☐入院(所)中 電話番号				
	訪問調査 について	立会希望(有・無)		氏名(三木 花子)		続柄(子)		
保 険 者	現在の 要介護 状態 区分等	更新・変更時 のみ記入		要介護状態区分 要介護(1 2 3 4 5)		要支援(1 2)		
	転入者のみ 記入	有効期間		令和2年1月1日から		令和5年12月31日		
保 険 者	変更申請の理由 ※(変更時のみ記入)	〇〇〇〇のため						
	連絡事項 (事前に伝えたい事等)							

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	該当に〇(居宅介護支援事業者・特養・老健・療養型・医療院・家族・地域包括支援センター・その他) 兵庫県ケアプランセンター 担当者氏名(兵庫 次郎)
住所又は所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇

※主治医の氏名が不明(名字しか分からない等)な場合は、同欄に「診療科」を記入してください。

主 治 医	主治医氏名	播磨 三郎	医療機関名	播磨医院 (最終受診年月日 令和4年5月31日)
	所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険者証のコピーを添付してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

- ・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- ・介護サービス等計画を作成する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・意見及び主治医意見書を、三木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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

被保険者氏名 三木 太郎 (代筆者氏名)

三木市介護保険【要介護・要支援】認定申請書

三木市長 様

介護保険法の規定に基づき、次のとおり申請します。

新規 更新 要介護・要支援状態区分変更
新規(要支援者の要介護への区分変更) 転入

申請年月日 令和 4年 6月 1日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 1 1 1 1 1	個人番号	省略可			
	医療 保険	保険者名	三木市		保険者番号	280000	
保 険 者	被保険者証	記号	番号		000000	枝番	00
	フリガナ	三木 太郎			生年月日	昭和〇年〇月〇日	
保 険 者	氏名	三木 太郎			性別	男・女	
	住所 (住民登録地)	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇		電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇			
保 険 者	訪問調査先 (上記と異なる場合)	〒		☐入院(所)中 電話番号			
	訪問調査 について	立会希望(有)無		氏名(三木 花子)		続柄(子)	
保 険 者	現在の 要介護 状態 区分等	更新・変更時 のみ記入	要介護状態区分 要介護(1 2 3 4 5)		要支援(1 2)		
	転入者のみ 記入	有効期間 令和2年 1月 1日 から 令和5年 12月 31日		転出元市町村名() 受給資格証明書(有・無)			
保 険 者	変更申請の理由 ※(変更時のみ記入)	〇〇〇〇のため					
	連絡事項 (事前に伝えたい事等)						

提出代行者 申請代理人 名称・氏名	該当に〇(居宅介護支援事業者) 特養・老健・療養型・医療院・家族・地域包括支援センター・その他) 兵庫県ケアプランセンター 担当者氏名(兵庫 次郎)
住所又は所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇

※主治医の氏名が不明(名字しか分からない等)な場合は、同欄に「診療科」を記入してください。

主 治 医	主治医氏名	播磨 三郎	医療機関名	播磨医院 (最終受診年月日 令和4年5月31日)
	所在地	〒673-0000 兵庫県三木市〇〇 電話番号 0794-〇〇-〇〇〇〇		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※医療保険者証のコピーを添付してください。

特 定 疾 病 名	
-----------	--

- ・上記提出代行者・申請代理人に申請行為を委任します。
- ・介護サービス等計画を作成する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・意見及び主治医意見書を、三木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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

被保険者氏名 三木 太郎 (代筆者氏名)