

# 介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

申請区分 新規 認定切れ 要支援の変更 更新 変更 転入

伊勢原市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 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 記号・番号		記号	番号		枝番		
	フリガナ				生年月日		明・大・昭 年 月 日		
	氏 名				性 別		男 ・ 女		
	住 所				電話番号				
	前回の要介護認定の結果等		*更新・変更の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2	
				有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 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 ・ いいえ					
	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無		介護保険施設等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日		
介護保険施設等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日					
医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日					
医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日～ 年 月 日					
有 ・ 無						期間 年 月 日～ 年 月 日			

提 出 代 行 者	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）					
	住 所	〒 電話番号					

主 治 医	主治医の氏名	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

特定疾病名	
-------	--

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、伊勢原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、伊勢原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。

本人氏名

受付メモ

●身体状況等状態の変化、申請理由や希望するサービスがあれば記載してください。

更新申請の場合：前回申請時と比べて、  
 特に変化なし  
 変化あり⇒（その内容について記載）

---



---



---

日常生活の手助けが必要（食事、入浴、排泄、掃除、洗濯、買い物、食事の準備、料理等）

福祉用具や住宅の改修など介護サービスの利用を希望

●その他、調査時に留意して欲しいことについて（病気や認知の状況等）

---



---

●家族状況について

独居  同居（夫婦のみ）  同居（その他）（ ただし、日中独居）

●家族等、訪問調査の立会い（同席）について

ある（同席者： 被保険者との関係：）  
 ない（連絡先：）

地域包括支援センター・ケアマネの立会い（同席）について

ある（担当者： 事業所名；）  
 ない

●訪問調査の日程調整にあたり、都合の悪い曜日や時間帯について

特になし

---



---

訪問調査予定日 年 月 日（ ）： ～ ※調整済（家族・CM・包括・病院・施設等）

後日調整必要（家族等から連絡・市から連絡） → 電話調整済（家族・CM・包括・病院・施設等）

委託 かな福・その他（事業所名 担当者）

事務処理欄

担当者	受付・入力	被保険者証の添付	資格者証窓口交付	主治医意見書	調査日程入力	委託依頼	最終調整者
		有・無	有・無	持参	有・無		

①	②	③	④	⑤
---	---	---	---	---