

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）申請書

阪南市長 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		*要介護・要 支援更新認定 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		
			有効期間		平成・令和 年 月 日 から令和 年 月 日							
	過去6月間の介護 保険施設 医療機 関等 入院、入所 の有無		※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 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日							
			介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日							
有 ・ 無		介護保険施設の名称等・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		医療機関等の名称等・所在地		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・指定介護療養型医療施設・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歳までの医療保険加入者)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、及び主治医意見書を、阪南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、主治医意見書を記載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。

本人氏名 \_\_\_\_\_

被保険者番号		TEL	
フリガナ			
被保険者氏名			
住所	(独居・同居者あり)		

1. 訪問調査の日時について 希望無 希望がある場合下記へ記入

<input type="checkbox"/> 希望の曜日がある	月 火 水 木 金
<input type="checkbox"/> 希望の時間がある	①午前9時半 ②10時半～11時ごろ ③午後1時半 ④2時半～3時ごろ
<input type="checkbox"/> 急を要する	具体的内容 ( )

※急を要するとは、末期がん等で容態が良くない方のことを言います

2. 訪問調査の実施場所について 上記住所の場合 上記住所以外は下記へ記入

<input type="checkbox"/> 上記住所以外	住所:	TEL:
<input type="checkbox"/> 施設・病院	名称:	病棟: 病室:
		TEL:
(特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウス・その他)		

3. 訪問調査時の家族等の立ち合いについて 同席無 同席有り下記へ記入

<input type="checkbox"/> 家族 氏名:	(続柄: )
住所:	TEL:
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名:	
事業所名:	TEL:
<input type="checkbox"/> 施設職員・市職員・その他 ( )	
氏名:	TEL:

4. 1か月以内に主治医の診察を受けたかについて 受診有 受診無し下記へ記入

<input type="checkbox"/> いいえ ⇒	いつ診察を受けましたか、または受ける予定ですか? 年 月 日
--------------------------------	--------------------------------

5. 介護保険資格者証の受領について

介護保険資格者証を受領しました。 日付: / サイン: \_\_\_\_\_

6. 調査員に伝えておきたいこと


《市 記入欄》

被保険者証	【有・無・届】	資格者証	【済・有】	保険料確認	【有・無】
新規(期限切れ新規・要介護新規)				受付者:	
更新(要介護・要支援)		有効期限		年 月 日～	年 月 日
認定調査	日時	月 日 ( ) 午前9時半・10時半～11時・午後1時半・2時半～3時・( )			
		注: 訪問時間(早くなっても可・時間厳守)			
	調査員 ( )	移動手段 ( 27・40・ア )			
	調査日決定連絡	記入例) 4/1、13:15、不在、連絡担当者			
①	②	③	④	⑤	

## 《申請書記入例》

様式第7号(第7条関係)

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 申請書

阪南市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

介護保険被保険者番号	0000000000	個人番号	0000000000000000
医療保険 保険者名	〇〇〇〇〇	保険者番号	00000
医療保険 被保険者記号・番号	記号 00-00 番号 0000 枝番 00		
フリガナ	ハンナン タロウ		生年月日 明・大・昭 2年 4月 1日
氏名	阪南 太郎		性別 男・女
住所	〒 599-0292 阪南市尾崎町35-1 電話番号 072-471-5678		
前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 ① 2	有効期間 平成・令和 〇年 〇月 〇日 から令和 〇年 〇月 〇日
	※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 [ 〇〇〇(市区町村) ] 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「はいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 〇年 〇月 〇日	
過去6月間の介護保険施設 医療機関等 入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇病院 阪南市	期間	〇年〇月〇日～ 〇年〇月〇日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
提出代行者	名称	住所 〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町 〇-〇-〇 電話番号 000-000-0000	
主治医	主治医の氏名	介護 太郎	医療機関名 〇〇病院
	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇市〇〇町 〇-〇-〇 電話番号 000-000-0000	
第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入			
特定疾病名	脳血管疾患 (16特定疾病)		

本人氏名 阪南 太郎

●申請年月日  
申請書記入日の日付けを記入してください。

●介護保険被保険者番号  
ご自身の介護保険被保険者番号を記入してください。

●個人番号(マイナンバー)  
個人番号を記入してください。

●医療保険の保険者名・番号・被保険者記号・番号・枝番  
国の制度改正により令和4年4月1日から医療保険情報の記入が必要となります。ご加入の医療保険の被保険者番号等をご確認の上、記入してください。※後期高齢者医療保険に加入の場合は、記号及び枝番の記入は不要です。※枝番の記載がなければ、記入は不要です。

●住所(住民票の住所)・電話番号  
必ず記入してください。

●転入に伴う新規申請の場合のみ記入してください。  
それ以外の方の記入は不要です。

●施設入所及び病院入院の有無  
・『有』もしくは『無』のどちらかを○で囲ってください。  
・『有』を○で囲われた方は、介護保険施設の場合は入所先の施設の名称・所在地  
病院へ入院されていた、されている場合は病院の名称・所在地を記入していただき  
更に右枠へ入所または入院期間を記入してください。

●提出代行者(ご本人ご家族以外の方が代行の場合のみ記入)  
・名称は事業所名を記入してください。  
・住所及び電話番号も記入してください。

●主治医  
・主治医(かかりつけ医)の氏名、医療機関名、所在地、電話番号  
を記入してください。

●第二号被保険者のみ記入  
・第2号被保険者に該当する方は特定疾病名を記入してください。  
・申請時に医療保険証のコピーを添付してください。

●本人の情報を提供することへの同意欄  
・内容をご確認の上、ご本人の情報を提供することに同意する場合は  
本人氏名を記入してください。

※こちらの7号の様式は新規申請・更新申請・要支援からの区分変更の際に使用してください。  
(要介護からの区分変更は様式8号をご使用ください。)

《申請書記入例》

被保険者番号	000000000	TEL	072-489-4525
フリガナ	ハンナン タロウ		
被保険者氏名	阪南 太郎		
住所	阪南市尾崎町35-1 (独居・同居者あり)		

●申請年月日  
・記入した日付けを記入してください。

●介護保険被保険者番号  
・ご自身の介護保険被保険者番号を記入してください。

1. 訪問調査の日時について □希望無 ※希望がある場合下記へ記入

<input type="checkbox"/> 希望の曜日がある	月 火 水 木 金
<input type="checkbox"/> 希望の時間がある	①午前9時半 ②10時半～11時ごろ ③午後1時半 ④2時半～3時ごろ
<input type="checkbox"/> 急を要する	具体的内容 ( )

※急を要するとは、末期がん等で容態が良くない方のことを言います

●訪問調査（認定調査）の日時について  
・日時の希望が無ければ枠外の□にレ点（☑）を記入してください。  
・日時の希望があれば該当する□にレ点（☑）をし、曜日時間に○をしてください。

2. 訪問調査の実施場所について □上記住所の場合 ※上記住所以外は下記へ記入

<input type="checkbox"/> 上記住所以外	住所： TEL：
<input type="checkbox"/> 施設・病院	名称： 病棟： 病室： TEL： (特別介護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウス・その他)

●訪問調査（認定調査）の実施場所について  
・上記住所に行く場合は枠外の□にレ点（☑）を記入してください。  
・上記住所以外での調査希望の場合は上記住所以外に☑をして住所電話番号の記入をしてください。  
(施設や病院に入所、入院中の方は施設名・病院名等も記入してください。)

3. 訪問調査時の家族等の立ち合いについて □同席無 ※同席有り下記へ記入

<input type="checkbox"/> 家族 氏名：	(続柄： )
住所：	TEL：
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名：	
事業所名：	TEL：
<input type="checkbox"/> 施設職員・市職員・その他 ( )	
氏名：	TEL：

●訪問調査時の家族等の立ち合いについて  
・立ち合いがない場合は枠外の□にレ点（☑）を記入してください。  
・立ち合いが有りの場合は該当する欄に☑をしてお名前等の記入をしてください。

4. 1か月以内に主治医の診察を受けたかについて □受診有 ※受診無し下記へ記入

<input type="checkbox"/> いいえ ⇒	いつ診察を受けましたか、または受ける予定ですか？ 年 月 日
--------------------------------	--------------------------------

●受診について  
・1か月以内の受診をされている場合は枠外の□にレ点（☑）を記入してください。

5. 介護保険資格者証の受領について

介護保険資格者証を受領しました。 日付： / サイン： \_\_\_\_\_

●資格者証の受領  
・1か月以内に主治医の診察を受けていない場合はいいえに☑を記入していただき受診予定日の記入をしてください。  
(2か月間受診をされていない場合は早めに受診していただきますようお願い致します。)

6. 調査員に伝えておきたいこと

_____ _____ _____
-------------------------

●調査員に伝えておきたいこと  
・本人または家族が市役所介護保険課の窓口へ申請に来られて、かつ介護保険者証をご持参いただいた方のみ記入する欄です。それ以外の方は不要です。

《市 記入欄》

被保険者証	【有・無・届】	資格者証	【済・有】	保険料確認	【有・無】
新規 (期限切れ新規・要介護新規)				受付者：	
更新 (要介護 ・ 要支援 )		有効期限		年 月 日～ 年 月 日	
認定調査	日時	月 日 ( ) 午前9時半・10時半～11時・午後1時半・2時半～3時・ ( )			
		注：訪問時間(早くなっても可・時間厳守)			
	調査員 ( )	移動手段 ( 27・40・ア )			
	調査日決定連絡	記入例) 4/1、13：15、不在、連絡担当者			
①	②	③	④	⑤	

●調査員に伝えておきたいこと  
・特に無ければ記入は不要です。