

# 記入例

介護保険証(ピンク色)に記載の番号

申請年月日をご記入ください。

様式第3号(第7条関係)

## 介護保険要介護・要支援〔認定・更新認定・認定変更〕申請書

川越町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年2月15日

フリガナ	カワゴエ タロウ	性別	男	被保険者番号	3 4 4 0 0 0 9 9 9 9
被保険者氏名(介護が必要な方)	川越 太郎	個人番号		生年月日	大正・昭和〇〇年4月1日
医療保険 保険者名	三重県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39243449	被保険者証記号	
被保険者証	記号	番号	01234567	枝番	
住所	〒510-8588 三重県三重郡川越町大字 豊田一色 〇〇番地 〇 ×マンション〇〇〇号室 (町外の方: 電話番号 059-366-〇〇〇〇)				
前回の要介護認定の結果等(該当に〇)	更新・変更時のみ記入	要介護(1・2・3・4・5)	要支援(1・2)	有効期間	令和〇年4月1日 ~ 令和〇年3月31日
過去6月間の介護保険施設医療機関等入院所の有無	有・無	介護施設等の名称等・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	令和〇年2月1日 ~ 令和〇年2月10日	
※変更申請理由(認定変更時のみ記入)	変更申請の場合は、必ずご記入ください。				
提出代行者 氏名(窓口にこられた方)	本人との関係	本人以外の方が申請する場合は、ご記入ください。			
名	該当に〇	事業者・介護保険施設・その他( )			
住所	〒	電話番号	担当者名		
主治医 医療機関名	〇〇〇病院	診療科名	脳神経内科		
所在地	〒〇〇〇-〇〇〇 〇〇市〇〇町〇〇番地 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	医師名	川越 次郎 医師		
調査希望日(該当に〇)	希望あり	第1希望 3月1日(月) 午前・午後 常時	第2希望 3月5日(金) 午前・午後 常時	※調査希望日等がある場合は、ご記入ください。調査員より電話連絡にて日程調整を行います。※ご本人の日頃の状況を把握するため可能な限り、ご家族等の立ち会いをお願いします。	
	希望なし	その他希望(曜日・時間帯)	※土・日・祝日はご遠慮ください。また、ご希望に添えない場合は改めてご連絡し、調整させていただきます。		
調査場所(該当に〇)	1. 自宅 2. 入院・入所施設 3. その他(具体的に: 家族などの立ち会い)	1. 可 (立会予定者: 氏名 川越 花子・長女)	2. 不可		
連絡先氏名	川越 花子 (本人との関係: 長女)	電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
特定疾病名	第2号被保険者(40歳~64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。				
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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、川越町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、川越町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 川越 太郎 (代筆 川越 花子・長女)				

※左記は後期高齢者医療被保険の場合です。※わからない等、記入が困難な場合は空欄でも結構です。※但し、2号被保険者の方は必ず記入し、被保険者証の写しを添付してください。

※施設や病院に入所・入院している(していた)場合は、ご記入ください。※退院等日が不明の場合は「未定」とご記入ください。

現在のご本人の心身状況を把握している医師の氏名(1名)・診療科・病院名・住所・電話番号をご記入ください。

※調査希望日等がある場合は、ご記入ください。調査員より電話連絡にて日程調整を行います。※ご本人の日頃の状況を把握するため可能な限り、ご家族等の立ち会いをお願いします。

※2号被保険者(40歳から64歳)の方は、特定疾病名を主治医に確認の上、ご記入ください。

※ケアマネージャー等が介護認定で得た情報をケアプラン作成等に使用することへの同意欄です。本人氏名を署名してください。※本人の署名が困難等で、代筆する場合は、代筆者の氏名・本人との関係をご記入ください。