

介護保険

要介護(要支援)認定

新規・更新・変更

申請書

記入の見本

阿波市長 様

次のとおり申請します。

介護保険被保険者証の番号が分かる場合に記入してください。

該当する項目を囲んでください。

申請年月日 令和 7年 11月 5日

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
医療保険	保険者名	徳島県後期高齢者医療広域連合									保険者番号	39362066											
	被保険者証	記号	医療保険の保険者名、保険者番号、記号番号枝番が分かる場合に記入してください。									枝番											
	フリガナ	アワ タロウ																					
氏名	氏名	阿波 太郎										性別	男・女										
	住所	〒 771 - 1695 徳島県阿波市 市場町切幡字古田201-1										電話番号	0883-36-6814										
被保険者	前回の要介護認定結果等(更新・変更の場合)	要介護状態区分	1 2 3 4 5				有効期間	年 月 日 から				最近6ヶ月間で介護保険施設に入所、又は医療機関に入院されている場合は記入してください。有料老人ホーム、養護老人ホーム、ケアハウス等もここへ記入してください。											
		介護保険施設・医療機関・グループホーム等入院入所の有無(最近6ヶ月間)	介護保険施設の名称	所在地				期間	令和 年 月 日														
		医療機関等の名称	〇〇病院				期間	令和 7年 5月 1日～															
		所在地	阿波市阿波町〇〇〇				期間	令和 7年 8月 31日															
申請の理由や利用したいサービス	屋内外での移動や外出が難しくなってきたため、手すりの設置やヘルパーを利用したい。																						
調査場所(該当する場所に○)	自宅 <input checked="" type="radio"/> 親類宅・病院・施設 ※調査場所が自宅以外の場合、場所名と住所の記入をお願いします。 阿波花子(長女)宅 阿波市市場町興崎〇〇番地																						
認定調査連絡先	氏名	阿波 花子 (続柄 子)										電話番号	090-0000-0000										
調査時同席希望	<input checked="" type="radio"/> 有・無	同席者氏名	阿波 花子																				
調査の不都合日	<input checked="" type="radio"/> 有・無	不都合日	木曜日、11/15																				
連絡希望時間	<input checked="" type="radio"/> 有・無	午前 9～11時頃	連絡希望時間	午後 2～4時頃 ご都合もある																			
ペットの有無	<input checked="" type="radio"/> 有・無	( <input checked="" type="radio"/> 犬・猫・その他: 2匹)	※調査訪問時は調査員と接触しないよう配慮をお願いします。																				
医療保険によるサービス利用	訪問看護	<input checked="" type="radio"/> 有・無																					
	外来リハビリ	<input checked="" type="radio"/> 有・無 ※原則、介護保険とのサービス併用はできないためご注意ください。																					

提出者	提出者氏名	阿波 花子										本人との関係	子										
	提出者住所	〒 - 同上										電話番号	090-0000-0000										
	提出代行者名	該当に○ (地域包括支援センター、老人保健施設・その他)																					

主治医	主治医の氏名	土成 一郎										医療機関名	〇〇内科										
	所在地	〒 771 - 1600 阿波市土成町〇〇〇										申請者の身体の状態を一番よく分かっている医師1名の氏名および医療機関名を記入してください。											

特定疾病名	9号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ必ず記入のこと (2号被保険者の方のみ)特定疾病名(16疾病)を記入し、有効期限内の医療保険情報が読み取れる物の写しを添付してください。 例)健康保険証、資格確認書、マイナポータルの健康保険証画面																					
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス利用判定に際しては、介護保険施設との関係

本人同意署名欄

※自筆できない場合は、代理人が本人氏名及び代理人氏名・続柄を必ず記入してください。

阿波 太郎

阿波 花子 (続柄 子)