

記入例

裏面の確認項目も忘れずに記入してください

介護保険 要介護認定・要支援認定 由請書
要介護更新認

三木町長 様

次のとおり申請します。

介護保険被保険者証(ピンク色の保険証)の番号を記入してください

被	被保険者番号	0001230000	申請年月日	平成 年 月 日
	フリガナ	ミキ タロウ	生年月日	明・(大)・昭 11年 〇月 △日
	氏名	三木 太郎	性別	(男) ・ 女
	〒692 三木町大字氷上×××番地	電話番号	891-3300	
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 21年 4月 1日 から 平成 22年 2月 21日			
過去6月間の 介護保険施設・ 機関等 、入所の 有・無	介護保険施設の名称等・所在地	介護保険施設に入所された場合は記入してください		
	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 木田郡三木町池戸△△△番地 〇〇病院	期間	平成 21年 5月 20日 ~ 平成 21年 8月 20日	
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年	
(有) ・ 無	病院に入院している方は記入してください			

以前に認定を受けた人は、介護度に〇をつけて、保険証に書かれている有効期間を記入してください
初めて申請される方は記入しなくてかまいません

現在、施設や病院へ入所されている場合は、有に〇をつけてください

本人・家族が申請する場合は記入しなくてかまいません

提出代行者	名称	該当に〇 (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)	
	住所	〒 電話番号	

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒761-〇〇〇〇 木田郡三木町池戸△△△番地	電話	

主治医意見書を作成してもらった病院と医師の名前、所在地を記入してください

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

医療保険者名	三木町	医療保険被保険者証記号番号	香川 17 〇〇〇△□□
特定疾病名	脳出血		

65歳以上の方は記入しなくてかまいません

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要
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若しくは介護保険
施設の関係者、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

署名・捺印をお忘れなく
(本人自筆が望ましいが、不可能な場合は代筆でもかまいません)

本人氏名 三木 太郎 印

認定調査を円滑に行うため、下記の①から③までの項目に記入をお願いします。

①調査場所 (いずれかに○をし、病院等も記入してください)	自宅	自宅(携帯)番号等 _____ (日中必ず連絡がとれる)				
	病院(入院中)	入院中の場合は、入院先の病院名と病室番号を記入してください 病院名 〇〇病院 _____ 病室番号 A棟△△△号室 _____				
	施設(入所中)	施設名 _____ 電話番号 _____				
	自宅、病院、施設以外	住所等 _____ 自宅(携帯)番号等 _____				
②家族等立会い (どちらかに○をし、必要な場合は立会人氏名等を記入してください)	必要	立会人氏名 三木 花子 被保険者との続柄(長女) 自宅(携帯)番号等 090-〇〇〇〇-△△△△ _____				
	不必要	認定を受ける本人が、毎週決まって不在となる曜日があれば記入してください				
③参考 (一週間のうちで、毎週必ず都合が悪い曜日があれば記入してください。(曜日に○をし、簡単に理由を書いてください。))	曜日	月	火	水	木	金
	理由	病院通院			デイサービス	

※ 理由は、デイサービス、病院通院等と記入してください。

認定調査を円滑に行うため、下記の①から③までの項目に記入をお願いします。

①調査場所 (いずれかに○をし、病院等も記入してください)	自宅	自宅(携帯)番号等 _____ (日中必ず連絡がとれるもの)				
	病院(入院中)	病院名 _____ 病室番号 _____				
	施設(入所中)	施設名 _____ 電話番号 _____				
	自宅、病院、施設以外	住所等 _____ 自宅(携帯)番号等 _____				
②家族等立会い (どちらかに○をし、必要の場合は立会人氏名等を記入してください)	必要	立会人氏名 _____ 被保険者との続柄 () 自宅(携帯)番号等 _____				
	不必要					
③参考 (一週間のうちで、毎週必ず都合が悪い曜日があれば記入してください。(曜日に○をし、簡単に理由を書いてください。))	曜日	月	火	水	木	金
	理由					

※ 理由は、デイサービス、病院通院等と記入してください。