※介護保険被保険者証を添えて申請してください。

申請書の記入例

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

(宛先) 流山市長

次のとおり申請します。　　申請年月日　令和　〇〇年　〇〇月　〇〇日

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号		省略可能	
	医療保険 保険者名	〇〇健康組合（連合）	保険者番号	12345678		
	医療保険 被保険者記号・番号	記号 （123）	番号 （123）	枝番 （01）		
	フリガナ	ナガレヤマ　ハナコ	生年月日	明・大・㊧昭　〇〇年　〇〇月　〇〇日		
	氏名	流山　花子	性別	女		
	住所	〒270−〇〇〇〇 流山市〇〇〇〇−〇〇−〇〇 電話番号　04−71〇〇−〇〇〇〇				
	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			
			有効期限　平・令　年　月　日　から　令　年　月　日まで			
		※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。　はい　・　いいえ （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」の場合、申請日　令和　年　月　日			
	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 〇〇〇〇〇〇	期間　平・㊧令〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
		介護保険施設等の名称等・所在地	期間　平・令　年　月　日 ～ 令和　年　月　日			
		医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇〇〇〇	期間　平・㊧令〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和〇〇年〇〇月〇〇日			
	㊧有　・　無	医療機関等の名称等・所在地 千葉〇〇〇病院（入院中）	期間　平・㊧令〇〇年〇〇月〇〇日 ～ 令和　年　月　日			

提出代行者	名称	該当に〇（地域包括支援センター・居	記入不要 （事業所等が提出の場合は記入が必要です。）	
	住所	〒		

主治医	主治医の氏名	千葉　太郎	医療機関名	千葉〇〇〇病院
	所在地	〒〇〇〇−〇〇〇〇　千葉県〇〇市〇〇丁目〇〇番地の〇 電話番号　０４−〇〇〇〇−〇〇〇〇		

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	40～64歳の方のみ記入が必要です。

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、流山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、流山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。）ことに同意しないで申請する場合は、右記に✓点を入れてください。　□

介護支援課処理欄（下欄には記入しないでください）　申請者　□本人　□本人の代理人（　　）

資格証	委任先	市調査員			個人番号カード		個人番号カード		代理権の確認	委任状	
		予定日時	調査員	施設						介護保険被保険者証	
意見書	調査票									介護保険負担割合証	
										健康保険証	
										戸籍謄本	
							その他（　　）			その他（　　）	

記入不要

申請書の記入例

被保険者（本人）氏名	流山　花子

申請理由

●[illegible]ください。（複数選択可）

☑介護サービスを検討（ □訪問介護・看護 □デイサービス ☑デイケア □住宅改修 ☑福祉用具 ）

□施設入所希望（ □入所中 □入所検討 ）　□サービス継続希望

□主治医（看護師等）の勧め　☑持病等のため（疾病名：○○○○○○　）

□その他（なお、要支援からの変更申請の方は下記に申請理由詳細をご記入ください）

（　）

日程調整連絡先

●月～金で、日中（８：３０～１７：００）連絡の取れる連絡先をご記入ください。

①氏名（フリガナ　ナガレヤマ　ハナコ）　流山　花子　続柄（本人）

自宅：04－○○○○－○○○○

電話番号　携帯：○○○－○○○○－○○○○

②氏名（フリガナ　ナガレヤマ　イチロウ）　流山　一郎　続柄（長男）

自宅：04－○○○○－○○○○

電話番号　携帯：○○○－○○○○－○○○○

調査日程

●訪問にあたり、曜日毎のご都合を丸で囲み、×の場合はご都合の悪い時間をご記入ください。

月		火		水		木		金	
○	⊗	◎	×	○	⊗	◎	×	◎	×
9:00～12:00		：　～　：		12:00～15:00		：　～　：		：　～　：	

主治医の医療機関受診日		
	前回受診日	令和○○年○○月○○日
	問診票提出日	令和○○年○○月○○日　☑予定

調査実施場所

●調査場所に☑してください。

☑自宅［ 調査員が駐車可能な場所 ☑有（具体的な駐車場所　：自宅前道路　）

□無（近隣のパーキング等：　）］

□その他［　名称　（病棟名　階　病棟）

住所　電話番号　］

備考（退院や引越し等で場所が変更となる可能性がある場合はこちらにご記入ください。）

（令和○○年○○月○○日退院予定、退院後自宅での調査を希望）

同席者

●同席者の有無に☑してください。※認知症のある方はなるべく同席をお願いいたします。

☑有［　同席者名（フリガナ　カイゴ　マモル）　介護　守　続柄（夫）　電話番号　04－○○○○－○○○○　］

※別室での聞き取りを希望（　☑する　□しない　）。

□無

担当者等

●担当ケアマネジャー又は地域包括支援センター担当者が既にいる場合は、ご記入ください。

事業所名　○○○○○○○○○

（フリガナ　カイゴ　マモル）

担当者名　介護　守　　電話番号　○○－○○○○－○○○○

調査時に配慮等必要なことがあればご記入ください。