記入例

介護保険要介護等状態区分変更申請書

草加市長　あて
次のとおり申請します。

令和　●年　●月　●日

申請者氏名	草加　花子	被保険者との関係	長女
提出代行者名称	該当		
申請者又は提出代行者の住所	〒 ●●市●●町		

ご本人、またはご家族が申請する場合は、記載は必要ありません。
事業所が代行で提出する場合は申請者がご本人の場合でも事業所名の記載が必要となります

通知カード・個人番号カードに記載されている１２桁の番号を記入（わからない場合は空欄でも可）

被保険者

被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8

医療保険 保険者名	●●健康保険組合	保険者番号	1234567		
被保険者証 記号	○○○○	番号	××××	枝番	○×▽

フリガナ	ソウカ　タロウ	生年月日	明・大・昭　10年　1月　2日
			・　女
住所	〒 草加市××町1丁目1番1号	電話番号（日中の連絡先）	048－900－0000

医療保険被保険者証に記載されている医療保険情報を記載してください。x

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　経過的要介護　要支援状態区分　1　2
		有効期間　●●年　●●月　●●日～　●●年　●●月　●●日
	※14日以内に他自治体から転入したもののみ記入	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

施設入所・医療機関に入院中の場合は、入所（院）先の住所・連絡先・入院期間を記載してください

現在の状況	在宅　介護老　　設　老人保健施設　介護医療院　その他	
入院・入所している方	入院・入所施設の名称・所在地・電話番号 ●●●●病院 草加市○○町123番地 TEL　048－○○○－○○○○	期間 ●年　●月　●日～　●年　●月　末日 入院・入所中　退院・退所予定
日常生活の状況		訪問調査実施日希望

診断名、心身の状態、日常生活で介護を要しているところ、利用サービス等を記入してください

主治医について

医療機関名	●●●●病院
主治医氏名	埼玉　太郎
住所	〒340－○○○○ 草加市○○町123番地

現在の身体状況を一番よくわかっている医師を主治医として記載してください。主治医名はフルネームで正確に記載してください

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名	**第２号被保険者（４０歳～６４歳）の方**は特定疾病名を、医師にご確認の上記載してください。

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、草加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、更新申請では申請から30日以内に認定されない時には認定の有効期間であれば、延期通知の省略に同意します。

保険者使用欄

被保険者証	□ 回収済	収納状況	□ 有
	□ 調査時回収		□ 無
	□ 紛失		
医療保険資格	□ 医療保険被保険		
	□ 有 □ 不明(資		

被保険者氏名　草加　太郎
代筆者氏名　●●　●●

上記文章を必ずお読みいただき、同意のご署名をいただきますようお願いします
代理で署名される場合、代筆者欄にその方のお名前を記載してください。

＊介護保険認定申請における確認事項　以下の内容について、わかる範囲でご記入ください。

被保険者氏名	草加　太郎			
調査への立会い者 （有） 無 立会いなしの理由	訪問調査先	自宅・病院・施設・（住所地以外の住居）　（（続柄）　長女 宅） 病院:　　病棟　　号室 住所地以外の住居:住所（　●●市●●町123番地　）		
	立会い者氏名	ふりがな　そうか　はなこ 草加　花子	本人との関係	長女
	立会い者連絡先	①　048－123－4567 ②　090－1234－5678	連絡の取りやすい時間帯	
	調査希望日	・月　（火）　水　木　（金）　・電話にて相談希望 ・午前　（午後） ＊調査担当から事前に電話連絡いたします。		
主治医意見書について	最終受診日 （入院中の方を除く）	●年 ●● 月 ●● 日 頃 主治医は本人の現在の状況をよく知っている医師としてください。		
調査対象者の状況	生活の状況	・歩行　自立　（杖等につかまって歩く）　歩行できない ・排泄　自立　（一部介助が必要）　全て介助が必要 ・着替え　自立　（一部介助が必要）　全て介助が必要 ・食事　（自立）　一部介助が必要　全て介助が必要 ・その他		
	認知症の症状など	このところ、物忘れと被害的になることが多い。認知症については未受診です。		
	利用している・したい介護サービス	訪問介護 ・ デイサービス ・（デイケア（通所リハビリ）） ・ ショートステイ ・訪問看護 （福祉用具） ・ 住宅改修 ・ 施設入所 ・ その他（　　） ・ 未定		
	その他留意点など	まもなく退院予定。退院後は長女宅でしばらく過ごす予定 認定調査は長女宅でお願いします。		

表面にご記入いただいた医療機関（主治医）の最終受診日をご記入ください。入院中の場合、記入は不要です

必要書類について

●草加市役所　地域介護課　認定係の窓口で申請をする場合

①要介護（支援）認定申請書

②認定を受けられるご本人の介護保険被保険者証の原本

※第２号被保険者（４０～６４歳）の方は「申請時点において有効な医療保険被保険者証（両面）」・「資格情報のお知らせ」・「資格確認書」いずれかの写しを添付してください。
なお、マイナ保険証のみ所持している場合は、状況に応じて手続き方法が異なりますので、下記連絡先までご連絡お願いします。

③本人確認書類（運転免許証、個人番号カード等）

※代理人（ご家族やケアマネジャー）が申請者となる場合は代理人の本人確認書類を持参してください。

※ケアマネジャーの方は介護支援専門員証を持参してください。

●郵送で申請をする場合

①要介護（支援）認定申請書

②認定を受けられるご本人の介護保険被保険者証の原本

※第２号被保険者（４０～６４歳）の方は「申請時点において有効な医療保険被保険者証（両面）」・「資格情報のお知らせ」・「資格確認書」いずれかの写しを添付してください。
なお、マイナ保険証のみ所持している場合は、状況に応じて手続き方法が異なりますので、下記連絡先までご連絡お願いします。

①～②を同封のうえ、
【〒340-8550　草加市高砂1-1-1　草加市役所　地域介護課　認定係】にまでお送りください。

※郵送申請の場合は、地域介護課への書類の到着日が申請日となります。

※お送りいただく際の封筒代および切手代は申請者様にご負担をしていただいております。

何らかの理由により介護保険被保険者証が手元にない場合でも申請は可能です。

申請方法でご不明な点がある場合はお問い合わせください。　☎０４８－９２２－１４１４（認定係）