

申請書 記入例

介護保険 要介護

吹田市長 宛

次のとおり申請します。

該当する番号を記入し、①～⑥の必要項目を記入してください。

- 1: 新規 初めて申請する・前回の申請が非該当・認定有効期間満了後に改めて申請する場合
→①④⑤⑥を記入
- 2: 更新 認定有効期間が満了するため認定の継続を希望する場合
→①②④⑤⑥を記入
- 3: 区分変更 認定有効期間内に心身の状況が変化するため介護度の変更を希望する場合
→①～⑥を記入
- 4: 転入 従前市町村において要介護・要支援認定を持っていた場合
→①④⑥を記入

(※事業所記入欄)

申請区分番号	3	1: 新規 2: 更新 3: 区分変更 4: 転入	委託番号		1: 可 2: 不可
--------	----------	------------------------------------	------	--	---------------

①

被 保 険 者 (本 人)	申請年月日	令和 〇 年 〇〇 月 〇 日				
	被保険者番号	0001234567		個人番号		
	氏 名	吹田 太郎		フリガナ	スイタ タロウ	
	生年月日 (和暦)	昭和〇年〇月〇〇日		年齢	〇〇 歳	性別 <input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女
	住 所	吹田市泉町1丁目3番40号				

「介護保険被保険者証」(緑色)に記載されている内容を記入してください。

②

前回の認定状況 ※新規の方は不要	要支援 (1・2)	有効期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日
---------------------	-----------	------	----------------

③

要介護 (1 ②・3・4・5)	令和 〇 年 〇 月 〇〇 日		
区分変更理由 ※区分変更のみ	<input checked="" type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 状態の改善	具体的に	例)認知症の進行により排泄等に身体介助が必要となったため

④

申 請 者 (提 出 代 行 者)	事業者番号					
	氏 名 または 事業者名等	吹田 花子				
	本人との関係	続柄番号	5	1: 本人 2: 地域包括支援センター 3: 居宅介護支援事業者 4: 介護保険施設	5: 家族 (続柄: 長女) 6: その他 ()	
	住所 (本人申請の場合 記入不要)	郵便番号	564-8550	都道府県名	大阪府	
市区町村名以降の住所		泉町1丁目3番40号		市区町村名	吹田市	
				電話番号	06-6384-1231	

提出代行者が、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院の場合は、本人との関係の続柄番号で「4番」を選択し、その種別を事業所名と併せて記入してください。

※ 機械で読み取りますので、楷書体で、ていねいに御記入ください。

◆ 主治医意見書の依頼先（わかる範囲で御記入ください。）

主治医	医療機関名	大阪すいた病院	主治医氏名	大阪 一郎
	所在地	吹田市津雲台1丁目1番1号	電話	06-6789-0123

◆ 訪問調査について

認定調査員がご自宅等に訪問して、心身の状態などについて聞き取り調査を行います。
 ※吹田市が調査業務を委託した事務委託法人の調査員や事業所の居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）等が調査に伺う場合があります。

5

訪問調査	該当番号	2	【訪問調査】 1：被保険者(本人)の住所 2：下記住所			
	調査先住所 (本人住所の場合記入不要)	(調査先) 郵便番号	565-0862	(調査先) 都道府県名	大阪府	
		(調査先) 市区町村名	吹田市			
		(調査先) 市区町村名以降の住所	津雲台1丁目1番1号	(調査先) 電話番号	06-6789-0123	
施設・病院名	大阪すいた病院 301号室		退院日	〇月〇〇日頃退院予定 / 未定		
調査	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 →	氏名	吹田 花子	続柄	長女
	日程調整相手	<input type="checkbox"/> 無 (本人のみ)	氏名	江坂 みどり	続柄	ケアマネジャー
		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 申請者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 →	日中に連絡のとれる電話番号		06-6384-9999	
備考	調査に関して、病名やお体の状況等事前に伝えておきたいことがあれば御記入ください。 ※可能な範囲で歩行や寝返りなどを実際に行っていただきますので、御協力をお願いします。 例)〇〇病のために転倒の危険があり、動作確認は慎重に行ってもらいたい。 耳が聞こえにくくなっているの、大きな声でゆっくり話してください。					
訪問調査結果の送付を希望しない <input type="checkbox"/>						

訪問調査先が病院や施設の場合は、その名称や部屋番号等も記入してください。

認定結果通知に訪問調査結果を同封し、送付します。送付を希望しない方は、こちらにチェックをしてください。

6

◆ 医療保険の番号

医療保険者番号 (6~8桁)	39272059	記号	
医療保険者名称	大阪府後期高齢者医療広域連合	番号	00000000
		枝番	

医療保険の記号・枝番が分かる方はそれぞれの欄にもご記入ください。

◆ 特定疾病（40歳から64歳の方のみ記入し、医療保険の加入状況が分かるものを提示してください。）

特定疾病	
------	--

◆ 事業者等に対する「主治医意見書」・「認定調査票」の開示等にかかる同意

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、吹田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、吹田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。）ことに同意します。
 更新申請について、要介護・要支援認定が申請日から30日を超えるとときであっても、現在の有効期間内に要介護・要支援認定を行うことができる場合は、認定延期通知を省略することに同意します。

第2号被保険者（40~64歳）の方は、こちらにも必ず記入してください。

上記の内容について同意していただける場合は、
 右の被保険者署名欄に氏名を御記入ください。 被保険者署名：

申請書の記入ができましたら、吹田市高齢福祉室（介護保険グループ）かお近くの地域包括支援センターに提出してください。

申請先（郵送先）

〒564-8550（住所不要）
 吹田市 高齢福祉室（介護保険グループ） 宛
 問合せ先
 電話：06-6384-1343（直通）