

必ず申請区分に○をつけてください。

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
〔 新規 ・ 更新 ・ 変更 〕

必ず申請年月日を記入してください。

福井市長あて  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                                                                         |                 |       |                                                   |  |      |  |      |  |      |  |      |  |                         |    |       |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------|-----------------|-------|---------------------------------------------------|--|------|--|------|--|------|--|------|--|-------------------------|----|-------|--|----|--|-----|--|---|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                                                        | 被保険者番号          |       |                                                   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 個人番号                    |    |       |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|                                                                         | 医療<br>保険        | 保険者名  |                                                   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 保険者番号                   |    |       |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|                                                                         |                 | 被保険者証 | 記号                                                |  |      |  |      |  |      |  |      |  |                         | 番号 |       |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|                                                                         | フリガナ            |       |                                                   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 生年月日                    |    | 明・大・昭 |  | 年  |  | 月   |  | 日 |  |  |  |
|                                                                         | 氏名              |       |                                                   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 年齢                      |    |       |  | 性別 |  | 男・女 |  |   |  |  |  |
|                                                                         | 住所              |       | 〒                                                 |  |      |  |      |  |      |  |      |  | TEL                     |    |       |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|                                                                         | 訪問調査の連絡先        |       | 氏名<br>本人との関係1家族(続柄) 2その他( )                       |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 日中連絡のつく<br>電話番号(曜日・時間帯) |    | ( )   |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
| 要<br>介<br>護<br>認<br>定                                                   | 要介護状態区分         |       | 要支援1                                              |  | 要支援2 |  | 要介護1 |  | 要介護2 |  | 要介護3 |  | 要介護4                    |    | 要介護5  |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|                                                                         | 有効期間            |       | 年                                                 |  | 月    |  | 日    |  | ～    |  | 年    |  | 月                       |    | 日     |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
|                                                                         | 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<br>→「はい」の場合、申請日 |  |      |  |      |  |      |  |      |  |                         |    |       |  |    |  |     |  |   |  |  |  |
| 現<br>在<br>・<br>医<br>療<br>機<br>関<br>等<br>入<br>所<br>入<br>院<br>有<br>・<br>無 | 施設名・医療機関名       |       |                                                   |  |      |  |      |  |      |  |      |  | 期間                      |    | 年     |  | 月  |  | 日   |  |   |  |  |  |
|                                                                         | 所在地             |       | TEL                                               |  |      |  |      |  |      |  |      |  | ～                       |    | 年     |  | 月  |  | 日   |  |   |  |  |  |

日中連絡がとれる電話番号を必ずご記入ください。

更新・変更の方は、介護保険証に記載されている「介護度・期間」を記入してください。

転入者のみの欄なので記入は不要です。

\* ご本人が申請する場合は提出代行者の記入は不要です。

いつから入っているのか日付を記入してください。入院中の方で退院が決まっていれば退院日を記入してください。

|             |         |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|---------|--------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 申<br>請<br>者 | 氏名      |                                                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 住所      | 〒                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 代<br>行<br>者 | 提出代行者名称 | (該当に○) 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護保険施設・地域密着型老人介護福祉施設・介護医療院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 住所      | TEL                                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

申請者は本人または家族などの氏名をご記入ください。  
※ケアマネジャーの名前は不可

提出代行者は必ず記入をお願いします。

\* 認定事務を滞りなく進めるため、事前に主治医に意見書

かかりつけ医療機関についてご記入ください。事前に主治医へ意見書の作成をしていただけるか確認をお願いします。受診日も必ず記入してください。(入院中の場合は「入院中」と記入)

|             |        |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主<br>治<br>医 | (フリガナ) |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 氏名     |       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 所在地    | 〒     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             |        | 受診予定日 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

2号被保険者の方は「特定疾病」に該当していなければ申請できません。必ず主治医に疾病名を確認のうえ記入してください。また、医療保険情報かわかるものの写しがあればご提出ください。

新規申請・区分変更申請の理由 連絡先等の注意等

新規申請・区分変更申請の場合は必ず理由を記入してください。  
家族やケアマネジャー等の同席の希望があれば記入してください。

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  
よる判定結果・意見、及び主治医意見書を福井市から地域包括支援センター、居宅  
サービス事業者等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  
また、更新申請については、要介護・要支援認定が申請日より90日を超える場  
れば、認定までの見込み期間等を通

忘れずにご記入ください。

本人が署名できない場合、家族・後見人・保佐人は代筆可能です。(ケアマネも可)  
後見人・保佐人等が代筆される場合には、登記事項証明書等、関係が証明できる種類を添付してください。

本人氏名

代筆者氏名・(続柄) ( )