

記入例

(更新申請用)

更新申請書の書き方

様式第3号(第11条関係)

介護保険 (要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・要支援更新認定) 申請書

豊岡市長様
要介護度の認定に関し、次のとおり申請します。

申請年月日 ○年○月○日

介護保険 被保険者番号	0000098765	個人番号	123456789012
医療保険 被保険者名	豊岡市(国民健康保険加入時)	被保険者番号	280958
被保険者証 記号	1234567	番号	
フリガナ	トヨオカ タロウ	生年月日	2年3月4日
氏名	豊岡 太郎	性別	男・女
住所等	〒668-8666 豊岡市中央町2番4号	電話番号	0796-23-1111

※10月1日以内に他府県から転入した者のみ記入

現在の認定 [更新のみ記入] 要介護: 1・**2**・3・4・5 要支援: 1・2 サービス利用 有・無

申請理由等 [新規のみ記入] 認定期間: ○年○月○日～○年○月○日

過去6月間の介護保険施設への入所、又は医療機関等への入院状況

介護(医療)	(所在地) 豊岡市中央町2番4号 (施設名) 豊岡病院	期間	○年○月○日～○年○月○日
介護(医療)	(所在地) (施設名)	期間	年 月 日

調査希望場所 自宅・自宅外(名称・所在地)

調査時立会者 無・有(氏名 豊岡 花子 続柄 妻 連絡先 23-1111)

提出代行者

医師の氏名	豊岡 一郎	医療機関名	豊岡病院
直近の受診	年 月 日	他科の受診	無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(整形外科)
所在地等	〒668-8501 豊岡市戸牧1094	電話番号	0796-22-6111

第2号被保険者(満40歳から64歳までの公的医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名称 {該当する番号} に○印を記入

①がん(末期) ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥初老期における認知症 ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性の神経障害、腎症及び網膜症 ⑬脳血管疾患(出血・梗塞) ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患 ⑯両膝又は両股の変形性関節症

私の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なときは、この要介護認定又は要支援認定に係る介護認定審査会による判定の結果及び意見、並びに、その資料とされた認定調査票及び主治医意見書等に関し、豊岡市から私が契約している地域包括支援センター(再委託先を含む。)、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び介護保険施設事業者、並びに、主治医意見書を作成した医師及び認定調査を委託された場合における委託先の調査員に提示され、若しくは写しを交付されることに同意します。また、保険給付に係る負担割合の情報に関し、豊岡市から私が契約している地域包括支援センター(再委託先を含む。)、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者及び介護保険施設事業者とに同意します。

本人署名 豊岡 太郎
(代理者 豊岡 花子 続柄 妻)

記入してください。

重要!

記入してください。
個人番号欄及び医療保険情報欄は記入が無くても申請できます。注1

後期高齢者医療保険に加入の方
保険者:兵庫県後期高齢者医療広域連合
保険者番号:39282090
上記以外の医療保険にご加入の方は、被保険者証をご確認のうえ記入してください。

記入してください。

過去6月間の入所・入院の履歴を記入してください。

記入してください。注2

ケアマネジャー等、事業者
に申請手続きを依頼する
場合に事業者が記入します。

記入してください。注3

40歳～64歳までの方は、
記入してください。
65歳以上の方は、
記入の必要はありません。注4

上記文書を確認のうえ、
本人様が署名してください。
注5

注1: 個人番号欄及び医療保険情報欄は記入が無くても申請できます。ただし、個人番号欄に記入された場合については番号・本人確認等のため、別途書類が必要になりますので別紙「個人番号欄の記入について」をご覧ください。

注2: 調査場所は原則自宅となります。入院中の方も退院後、自宅での調査が基本となりますが、病院で調査を受けることもできます。調査時には普段の介護の様子をご存じの方の同席をお願いします。日程調整をするため、平日の日中に連絡のとれる電話番号を記入してください。

注3: 直近の受診欄には直近の受診日を記入してください。概ね1カ月以内に受診のない場合には、受診をお願いすることがあります。

注4: 40歳から64歳までの方のみ記入してください。また、申請時に医療保険者証(コピー可)またはマイナンバーカード(コピー不可、暗証番号要)、マイナポータルからダウンロードした「医療資格情報画面」(スマートフォンのスクリーンショット可)、資格確認書(コピー可)のいずれかを持参してください。

注5: 本人様が書けない場合は、代理の方が上段に本人様氏名を代理で署名していただき、下段に代理の方の氏名を自署してください。(この場合、「署名」の文字を二重線で消してください)