

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

(あて先) 本庄市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和8年 4月 1日

被保険者番号	0000123456			個人番号	123456789000		
医療保険	保険者名	※保険証の内容を転記してください。				保険者番号	
	被保険者記号・番号	記号		番号		枝番	
被	フリガナ	ホンジョウ タロウ			生年月日	昭和33年 1月 1日	
	氏名	本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)			性別	男 ・ 女	
保	住所	〒367-8501 本庄市本庄3-5-3			電話番号	0495-25-1719	
	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		
		有効期間		年 月 日 から	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 [△△市]			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。)		
者	過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院又は入所の有無	名称等・所在地	〇〇病院 本庄市銀座1-1-1		期間 令和8年3月1日 ~ 令和8年3月15日		
		名称等・所在地			期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
		名称等・所在地			期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
		名称等・所在地			期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
	有・無	名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			

申請時点で入院等をしている施設があれば記入してください。

申請者	氏名	児玉 花子 (窓口にお越しいただく方)		本人との関係	子 (介護認定を受けたい方からみた続柄)
	提出代行者名称	該当に〇 (地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) ご家族が申請される場合、記入は不要			
	住所	〒367-0052 本庄市銀座1-1-1		電話番号 0495-25-1111	

主治医	主治医の氏名	埼玉 次郎 (フルネームで記入)		医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒367-0052 本庄市銀座1-1-1		電話番号 0495-25-1111	

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 ※40歳から64歳までの方はマイナンバーカード等を持参してください。

特定疾病名	脊柱管狭窄症 (16種類の特定疾病から該当するものを記入)
-------	-------------------------------

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、本庄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、本庄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。

本人氏名 本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)

介護認定調査を円滑に進めるため、次の事項についてご協力をお願いいたします。

被保険者名 <small>(介護保険を利用される方)</small>	本庄 太郎										調査への 立会希望	あり・なし
	被保険者 番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5		

認定調査の場所

<input checked="" type="checkbox"/> 本人宅	<input type="checkbox"/> 入院・入所している医療機関・施設
<input type="checkbox"/> その他 (住所 ())	調査員が車を駐車できるスペースがありますか? <input checked="" type="checkbox"/> あり・なし

認定調査の連絡先

認定調査の調整や 立会いができる方 <small>平日(月~金)の日中に 連絡が取れる電話番号を ご記入してください。</small>	フリガナ コダマ ハナコ	被保険者との関係 長女
氏名 児玉 花子	電話番号	自宅 0495 - 25 - 1111 携帯等 090 - 0000-0000 FAX

認定調査希望日時 特になし あり 月・火・ 水・木・ 金 調査を希望する時間帯 AM・ PM
※調査は原則 9:00~16:00 の間で開始させていただき、1 時間ほどお時間をいただきます。

立会者が上記と異なる場合	フリガナ ホンジョウ ジロウ	被保険者との関係 二男
氏名 本庄 次郎	電話番号	

調査に際して連絡事項

<input checked="" type="checkbox"/> 新規申請	<input type="checkbox"/> 介護申請	<input type="checkbox"/> 変更申請 (悪化・改善)	<input type="checkbox"/> 更新申請
主な病名 [腰の圧迫骨折]			
耳の聞こえづらさ <input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり 筆談が <input checked="" type="checkbox"/> 必要・不要		

申請理由

該当するものを全て選択してください。

<input type="checkbox"/> 身体機能の (低下・改善)	<input type="checkbox"/> 認知機能の (低下・改善)	<input checked="" type="checkbox"/> 医師等から勧められた
<input type="checkbox"/> その他 ()		

主治医意見書の作成について、医師に確認しましたか?

確認し、了承を得た (3月19日頃) 確認していない
※医師の了承を得ていないと、意見書を書いていただけない場合がございます。

利用したいサービス等がありますか?

家で使うサービス デイサービス等 施設等への入所 住宅改修 福祉用具購入・レンタル
 暫定ケアプランを使用する (月 日から) その他 ()

調査員に伝えておきたいことはありますか?

がん末期である 病名を本人に伝えていないので配慮してほしい
 認知症があるため別の場所で聞いてほしい 筆談の用意が必要

★ 以下については記入不要です。

居宅介護支援事業所名又は地域包括支援センター名	
担当ケアマネジャー名	連絡先TEL