

記入例（表面）

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

木曾広域連合長 様

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	介護保険 被保険者番号	0012345678	個人番号											
	医療 保険	保険者名	保険		個人番号(マイナンバー)は、 記入不要です。									
	被保険者 記号・番号	記号	番号											
	フリガナ	コウイキ タロウ		生年月日	昭和7年10月6日									
	氏名	広域 太郎		性別	男 ・ 女									
	住所	〒399-6101 木曾郡木曾町日義4898番地37		電話番号	0264-23-1050									
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 前回の認定結果をご記入ください。新規申請の場合は記入不要です。		要介護状態区分 1・2・3・4・5	要支援状態区分 1・2									
	※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 []		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)										
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地		期間	年 月 日 ~ 年 月 日									
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇〇病院 (〇〇〇町〇〇〇〇番地)		期間	令和7年10月6日~令和8年3月1日									

提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)									
	住所	〒 電話番号									

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 医師		医療機関名	〇〇〇〇病院					
	所在地	〒 〇〇〇〇-〇〇〇〇		電話番号	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇					

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

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

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
を受けた者が取得した心身の状態等の情報を、木曾広域連合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
介護情報基盤経由で電子的に提供
本人が署名できない場合は、代筆者の署名をお願いいたします。

本人氏名 広域 太郎
代筆者氏名 広域 次郎（長男）

記入例（裏面）

事項

被保険者氏名

広域 太郎

申請書（表面）とは別に、訪問調査を行うために事前に必要事項をお尋ねするものです。

<p>1. 訪問調査実施場所</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 自宅（住民票上の住所）</p> <p><input type="checkbox"/> 入院中の病院または入所中の施設 施設名・病院名： _____</p> <p>病室： _____ 館 _____ 階 _____ 号室（入院中の場合）</p> <p><input type="checkbox"/> その他（家族宅等）</p>																																																																												
<p>2. 申請をする理由（当てはまるものすべてに✓をつけてください。）</p> <p><input type="checkbox"/> 病気やケガで心身の状態が悪化した。（傷病名： _____）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 加齢により介助が必要になってきた。 <input checked="" type="checkbox"/> 医師、病院から勧められた。</p> <p><input type="checkbox"/> 更新のため、引き続き介護サービスを利用する。 <input type="checkbox"/> 交通事故、他者からの暴力による病気やケガ。</p> <p><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>																																																																												
<p>3. 利用したい（利用している）介護サービス</p> <p>（新規以外の方は現在利用しているサービスに✓をつけてください。）</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 施設入所</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル・購入 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</p>																																																																												
<p>4. 訪問調査日の調整をする方の連絡先</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">フリガナ 調整人氏名</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">コウイキ ジロウ</td> <td style="width:15%;">申請者 との関係</td> <td colspan="5"><input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 長男）</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align:center;">広域 次郎</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">連絡先</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</td> <td style="width:15%;">連絡が取りやすい時間帯</td> <td colspan="5" style="text-align:center;">9 時 ~ 17 時</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td rowspan="2" style="width:15%;">調査希望日 (9時～16時)</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 月曜日</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 火曜日</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 水曜日</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 木曜日</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> 金曜日</td> <td rowspan="2" style="width:10%;"><input checked="" type="checkbox"/> いつでも可</td> </tr> <tr> <td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td><td>午前</td><td>午後</td> </tr> </table>											フリガナ 調整人氏名	コウイキ ジロウ				申請者 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 長男 ）						広域 次郎					<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員						<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				連絡が取りやすい時間帯	9 時 ~ 17 時					調査希望日 (9時～16時)	<input type="checkbox"/> 月曜日		<input type="checkbox"/> 火曜日		<input type="checkbox"/> 水曜日		<input type="checkbox"/> 木曜日		<input type="checkbox"/> 金曜日		<input checked="" type="checkbox"/> いつでも可	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後
フリガナ 調整人氏名	コウイキ ジロウ				申請者 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 長男 ）																																																																						
	広域 次郎					<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員																																																																						
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																																																																						
連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				連絡が取りやすい時間帯	9 時 ~ 17 時																																																																						
調査希望日 (9時～16時)	<input type="checkbox"/> 月曜日		<input type="checkbox"/> 火曜日		<input type="checkbox"/> 水曜日		<input type="checkbox"/> 木曜日		<input type="checkbox"/> 金曜日		<input checked="" type="checkbox"/> いつでも可																																																																	
	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後	午前	午後																																																																		
<p>5. 調査員が利用できる駐車場の有無</p> <p>※有の場合、路上駐車は不可</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p> <p>※「なし」の場合に記入してください。</p> <p>調査場所から徒歩圏内に民間等有料駐車場の有無：<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし</p>																																																																												
<p>6. 認定調査への立会いについて</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない（できない場合は、ご家族等の承諾があったものとみなし申請者からのみ聞き取ります。）</p> <p>※「できる」場合に記入してください。</p> <p><input type="checkbox"/> 調整人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 調整人以外（下記に立会人を記入してください。）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">フリガナ 立会人氏名 (調整人以外)</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">コウイキ ハナコ</td> <td style="width:15%;">申請者 との関係</td> <td colspan="5"><input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 子の妻）</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align:center;">広域 花子</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員</td> </tr> <tr> <td></td> <td colspan="4" style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</td> <td></td> <td colspan="5"><input type="checkbox"/> その他（ _____ ）</td> </tr> </table> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">連絡先</td> <td colspan="4" style="text-align:center;">〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇</td> <td style="width:15%;">連絡が取りやすい時間帯</td> <td colspan="5" style="text-align:center;">10 時 ~ 18 時</td> </tr> </table>											フリガナ 立会人氏名 (調整人以外)	コウイキ ハナコ				申請者 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 子の妻 ）						広域 花子					<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員						<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				連絡が取りやすい時間帯	10 時 ~ 18 時																										
フリガナ 立会人氏名 (調整人以外)	コウイキ ハナコ				申請者 との関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 子の妻 ）																																																																						
	広域 花子					<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員																																																																						
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）					<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）																																																																						
連絡先	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇				連絡が取りやすい時間帯	10 時 ~ 18 時																																																																						
<p>7. その他調査時に留意すべき事項</p> <ul style="list-style-type: none"> ・聞こえの悪さ： <input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり（ <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で ・ <input type="checkbox"/> 筆談 ） ・認知症状： <input type="checkbox"/> なし ・ <input checked="" type="checkbox"/> あり ・世帯状況： <input checked="" type="checkbox"/> 独居 ・ <input type="checkbox"/> 高齢者（夫婦）世帯 ・ <input type="checkbox"/> 子等その他家族と同居 ・既往歴： <input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（病名： _____） ・がん末期： <input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（本人告知：<input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり） ・ペットの飼育： <input checked="" type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり（種類： _____） ・その他（ _____ ） 																																																																												
<p>8. 主治医への最終診察日及び次回通院予定日</p> <p>・最終診察日 令和7年10月6日 ・次回通院予定日 令和8年4月1日</p>																																																																												
<p>9. 介護保険関係書類送付先</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> その他（その他の場合、下記に送付先をご記入ください。）</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr> <td style="width:15%;">住所</td> <td colspan="10">〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇丁目〇〇〇番地 △△△号室</td> </tr> <tr> <td>宛名</td> <td colspan="10">広域 次郎（申請者との関係：長男）</td> </tr> </table>											住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇丁目〇〇〇番地 △△△号室										宛名	広域 次郎 （申請者との関係： 長男 ）																																																					
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 〇〇県〇〇市〇丁目〇〇〇番地 △△△号室																																																																											
宛名	広域 次郎 （申請者との関係： 長男 ）																																																																											