

記入例

家族申請 新規(紀北広域連合管内)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

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

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	尾鷲 花子	本人との関係	長女
提出代行者 名称			
申請者住所	519-36×× 尾鷲市〇〇町〇-〇 電話 0597 (22) ××××		
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名			
〒	519-36×× 尾鷲市〇〇町〇-〇		
宛名	尾鷲 花子 (本人との関係 長女) 電話 0597 (22) ×××× "本人"氏名及び確認印 紀北 一郎		
被 保 険 者	被保険者番号	1234567890	個人番号
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日
	氏名	紀北 一郎	生年月日
	住所	〒 519-3405 紀北町船津881-3	性別
(被保険者証記載住所)		電話 0597 (35) 088	
保 険	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分	
	申請の理由	有効期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年	
險	過去6ヶ月間の介護保健施設・医療期間等入院・入所の有無	介護保険施設の名称等	
		年 月 年 月	
		医療機関等の名称等 期 間	
		年 月 日 ~ 年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関退院予定日	年 月 日 退院予定		
主 治 医	医療機関名 主治医氏名	〇〇病院 広域 三郎	通院状況
	所在地	〒 519-3405 紀北町船津〇〇-〇〇	

記入のある時のみ、本人さんのお名前と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

どういったご病気やおケガで介護が必要になったかや、どんなお身体の状態なのか、また使いたいサービスがあれば申請の理由にご記入ください

入院中の方は病院名と病室をご記入ください

入院中の方はおよその退院予定を記入してください

在宅で主治医が尾鷲総合病院の方は次回受診日を記入してください。受診したばかりで次回受診日が1カ月以上先の場合は、次回受診日と余白に前回受診日をご記入ください。前回受診分で、意見書を書いていたような病院に依頼します。透析を受けている方は余白に「〇〇〇曜日透析」とご記入ください。

介護サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護は介護保健施設の担当者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示する。に同意します。

本人氏名 **紀北 一郎**



本人さんのお名前と捺印をお願いします(代筆可能)

- 40歳~64歳の方のみ記入
- ・特定疾病名をご記入ください
 - ・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください
 - ・初めて申請する被保険者番号のない方は2号の交付申請書を提出してください

①申請書②別紙の認定調査について③介護保険被保険者証(紛失の場合は再交付申請書)の3点をご提出ください

記入例

家族申請 更新(紀北広域連合管内)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

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

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	紀北 太郎	本人との関係	長男
提出代行者 名称	(印)		
申請者住所	〒519-3406 紀北町相賀〇〇-〇〇 ☎ 0597 (32) ××××		
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名			
〒	519-3406 紀北町相賀〇〇-〇〇		
宛名	紀北 太郎	(本人との関係 長男) ☎ 0597 (32) ××××	紀北 一郎 (印)
"本人"氏名及び確認印			
被 保	被保険者番号	1234567890	個人番号
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日
	氏 名	紀北 一郎	生年月日
	住 所	〒 519-3405 紀北町船津881-3	性 別
	(被保険者証記載住所)	☎ 0597 (35) 0888	
前回の要介護 認定の結果等	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 平成 ○年 6月 1日 ~ 平成 ○年 5月		
申請の理由	〇〇〇〇でサービスが継続して必要なため更新申請		
介護保険施設の名称等		期 間	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
過去6ヶ月間の介護 保健施設・医療 療期間等入院・ 入所の有無		期 間	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関 退院予定日		年 月 日 退院予定	
主 治 医	医療機関名 主治医氏名	〇〇病院 広域 三郎	通院状況
	所在地	〒 519-3405 紀北町船津〇〇-〇〇 ☎	・なし ・不定期 ・定期的(1月に2回) ・次回受診予定日(4/9)

記入のある時のみ、本人さんのお名前と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受け付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

施設に入所中の方はご記入ください

入院中の方は病院名と病室をご記入ください

入院中の方はおよその退院予定を記入してください

在宅で主治医が尾鷲総合病院の方は次回受診日を記入してください。受診したばかりで次回受診日が1カ月以上先の場合は、次回受診日と余白に前回受診日をご記入ください。前回受診分で、意見書を書いていただけるよう病院に依頼します。透析を受けている方は余白に「〇〇〇曜日透析」とご記入ください。

本人氏名

紀北 一郎

本人さんのお名前と捺印をお願いします(代筆可能)

- 40歳~64歳の方のみ記入
- ・特定疾病名をご記入ください
- ・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください

①申請書②別紙の認定調査
について③介護保険被保険者証
(紛失の場合は再交付申請書)
の3点をご提出ください

記入例

事業所申請 新規・介護(紀北広域連合管外)

要支援1, 2の方の区分変更の場合は要介護認定に○をして下さい(例は新規申請)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

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

社印をご捺印ください

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	尾鷲 太郎	本人との関係	ケアマネジャー
提出代行者名	〇〇居宅介護支援事業所		
申請者住所	〒×××-×××× 〇〇市〇〇町××-××番 ××× (×××) ×××		
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名 〒 519-3406 紀北町相賀〇〇-〇〇			
宛名	海山 花子	(本人との関係 娘)	〒 0597 (32) ××× (紀北)
本人氏名及び確認印		紀北 一郎 (印)	
被 保 者	被保険者番号	1234567890	個人番号
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日
	氏名	紀北 一郎	生年月日
	住 所	〒 519-3405 紀北町船津〇〇-〇〇	性 別
(被保険者証記載住所)		〒 0597 (35) △△	
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区
有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日	
申請の理由			
介護保険施設の名称等		期 間	
年月日		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関等の名称等		期 間	
年月日		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関		年 月 日 退院予定	
主 治 医	医療機関名	〇〇病院	通院状況
	主治医氏名	広域 三郎	
所在地		〒 519-3405 紀北町船津〇〇-〇〇	・なし ・不定期 ・定期的(1月に2回) ・次回受診予定日(4/)
		〒 0597 (35) ×××	

記入のある時のみ、本人さんのお名前と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受け付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

申請の理由をご記入ください(疾病や詳しい状態など)

入院中の方は必ず退院予定を記入してください

施設に入所中の方はご記入ください

入院中の方もご記入ください

2号被保険者(40歳から64歳の医療保健加入者)のみ記入	
医療保険者名	医療保健被保険者記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護認定・要支援認定に関わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保健施設の担当者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示するに同意します。本人氏名

紀北 一郎

(紀北)

本人さんのお名前と捺印をお願いします(代筆可能)

- 40歳~64歳の方のみ記入
- ・特定疾病名をご記入ください
- ・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください
- ・初めて申請する被保険者番号のない方は2号の交付申請書を提出してください

①申請書②別紙の認定調査について③被保険者証(紛失の場合は再交付申請書)の3点をご提出ください

記入例

事業所申請 変更(紀北広域連合管外)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

介護保険 要介護認定変更申請書

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	東西 太郎	本人との関係	ケアマネジャー
提出代行者名 称	〇〇居宅介護支援事業所		
申請者住所	〒×××-×××× 〇〇市〇〇町××-×× 電話 ××× (×××)		
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名	〒 519-3204 紀北町東長島〇-〇		
宛名	尾鷲花子 (本人との関係 娘) 電話 0597 (47) ××××	"本人"氏名及び確認印	紀北 一郎 (印)
被 保 険 者	被保険者番号	1234567890	個人番号
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日
	氏 名	紀北 一郎	生年月日
	住 所	〒 519-3405 紀北町船津881-3	性 別
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5	要支援状態区分	
有効期間	平成 〇年 6月 1日 ~ 平成 〇年		
変更申請の理由			
介護保険施設の名称等	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日	
介護保健施設・医療機関等入院・入所の有無	医療機関等の名称等	期 間	年 月 日 ~ 年 月 日
医療機関退院予定日	年 月 日	退院予定	年 月 日
主 治 医	医療機関名	〇〇病院 広域 三郎	通院状況
	所在地	〒 519-3405 紀北町船津〇〇-〇〇 電話 0597 (35) △△△△	

社印をご捺印ください

事業所 介護支援居宅

記入のある時のみ、本人さんの署名と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

申請の理由をご記入ください(疾病や詳しい状態など)

入院中の方は必ず退院予定を記入してください

本人さんのお名前と捺印をお願いします(代筆可能)

施設に入所中の方はご記入ください

入院中の方もご記入ください

2号被保険者(40歳から64歳の医療保健加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保健被保険者記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護認定・要支援認定に関わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者は介護保健施設の担当者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示するに同意します。 本人氏名

紀北 一郎

紀北 (印)

- 40歳~64歳の方のみ記入
- ・特定疾病名をご記入ください
 - ・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください

①申請書②別紙の認定調査について③被保険者証(紛失の場合は再交付申請書)の3点をご提出ください

記入例

事業所申請 更新(紀北広域連合管外)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

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

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	尾鷲 太郎	本人との関係	ケアマネジャー
提出代行者名称	〇〇居宅介護支援事業所		
申請者住所	〒×××-×××× 〇〇市〇〇町××-×× 電話 ××× (×××) ×××		
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名	〒 519-3406 紀北町相賀〇〇-〇〇		
宛名	海山 花子	(本人との関係 娘) 電話 0597 (32) ××××	紀北 一郎
本人氏名及び確認印	紀北 一郎		
被保険者番号	1234567890	個人番号	
フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日	平成 〇年 4月 2日
氏名	紀北 一郎	生年月日	明・大昭 〇年 〇月 〇日
		性別	男
住所	〒 519-3405 紀北町船津〇〇-〇〇		
(被保険者証記載住所)	電話 0597 (35) △△△△		
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ① 2 3 4 5	要支援状態区分	
	有効期間	平成 〇年 6月 1日 ~ 平成 〇年 5月 31日	
申請の理由			
施設に入所中の方はご記入ください	介護保険施設の名称等	期間	
		年月日~年月日	
	医療機関等の名称等	期間	
		年月日~年月日	
入院中の方はご記入ください	医療機関	年月日	退院予定
	退院予定日		
主治医	医療機関名	〇〇病院	通院状況 ・なし ・不定期 ・定期的(1月に2回) ・次回受診予定日(4/9)
	主治医氏名	広域 三郎	
	所在地	〒 519-36×× 尾鷲市〇〇町〇〇-〇〇 電話 0597 (22) ××××	

社印をご捺印ください

事業所 介護支援 居宅

記入のある時のみ、本人さんのお名前と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

施設に入所中の方はご記入ください

入院中の方はご記入ください

入院中の方は必ず退院予定を記入してください

2号被保険者(40歳から64歳の医療保健加入者)のみ記入	
医療保険者名	医療保健被保険者記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護認定・要支援認定に関わる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者は介護保健施設の担当者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

紀北 一郎

紀北

本人さんのお名前と捺印をお願いします(代筆可能)

40歳~64歳の方のみ記入
・特定疾病名をご記入ください
・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください

①申請書②別紙の認定調査について③被保険者証(紛失の場合は再交付申請書)の3点をご提出ください

記入例

家族申請 新規(紀北広域連合管外)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

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

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	長島 花子		本人との関係	長女
提出代行者 名称				
申請者住所	〒×××-×××× ○○市○○町××-×× 電話 ××× (×××) ××××			
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名				
〒×××-×××× ○○市○○町××-××				
宛名	長島 花子	(本人との関係 長女)	電話 ××× (×××)	××××
		"本人"氏名及び確認印 紀北 一郎 (印)		
被 保 険 者	被保険者番号	1234567890	個人番号	
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日	平成 ○○年 4月
	氏名	紀北 一郎	生年月日	明・大・昭 ○年 ○月 ○日
			性別	男
	住所 (被保険者証記載住所)	〒 519-3405 紀北町船津881-3 電話 0597 (35) 088		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分
有効期間		平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
申請の理由				
過 去 6 ヶ 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 保 健 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 ・ 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等		年 月 日	年 月 日
			年 月 日 ~	年 月 日
	医療機関等の名称等		期 間	
			年 月 日 ~	年 月 日
医療機関 退院予定日		年 月 日 退院予定		
主 治 医	医療機関名 主治医氏名	○○病院 広域 三郎	通院状況	・なし ・不定期 ・定期的(1月に2回) ・次回受診予定日(4/9)
	所在地	〒 519-3405 紀北町船津○○-○○ 電話 0597 (35) ×××		
2号被保険者(40歳から64歳の医療保健加入者)のみ記入				
医療保険者名	医療保健被保険者記号番号			
特定疾病名				

記入のある時のみ、本人さんのお名前と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

どういったご病気やおケガで介護が必要になったかや、どんなお身体の状態なのか、また使いたいサービスがあれば申請の理由にご記入ください

入院中の方は病院名と病室をご記入ください

入院中の方はおよその退院予定を記入してください

介護サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護認定・要支援認定に関わる調査内容
認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者
は介護保健施設の担当者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示する
に同意します。本人氏名

紀北 一郎

本人さんのお名前と捺印をお願いします (代筆可能)

- 40歳~64歳の方のみ記入
- ・特定疾病名をご記入ください
- ・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください
- ・初めて申請する被保険者番号のない方は2号の交付申請書を提出してください

- ①申請書②別紙の認定調査について③介護保険被保険者証(紛失の場合は再交付申請書)の3点をご提出ください

記入例

家族申請 新規(紀北広域連合管外)

住民票の住所に結果を送る場合、この欄は記入不要です

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

紀北広域連合長 様 次のとおり申請します。

申請者氏名	長島 花子	本人との関係	長女
提出代行者 名称			
申請者住所	〒×××-×××× ○○市○○町××-×× 電話 ××× (×××) ××××		
認定結果通知書(被保険者証含む)の送付先が本人の住所と異なる場合の住所及び宛名			
〒×××-×××× ○○市○○町××-××			
宛名	長島 花子	(本人との関係 長女)	電話 ××× (×××) ××××
	"本人"氏名及び確認印		紀北 一郎
被 保 険 者	被保険者番号	1234567890	個人番号
	フリガナ	キホク イチロウ	申請年月日
	氏名	紀北 一郎	生年月日
	住 所	〒 519-3405 紀北町船津881-3	性 別
	(被保険者証記載住所)	電話 0597 (35) 0888	
前回の要介護 認定の結果等	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 平成 ○年 6月 1日 ~ 平成 ○年 5月31日		
申請の理由	○○○○でサービスが継続して必要なため更新申請		
介護保険施設の名称等		期 間	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関等の名称等		期 間	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
医療機関 退院予定日		年 月 日 退院予定	
主 治 医	医療機関名 主治医氏名	○○病院 広域 三郎	通院状況
	所在地	〒 519-36×× 尾鷲市○○町○○-○○ 電話 0597 (22) ×××	

記入のある時のみ、本人さんのお名前と捺印をお願いします

個人番号の記入は必須ではなく、記入が難しい場合は、記入がなくても申請を受け付けます。記入する場合は確認書類が必要となります

施設に入所中の方はご記入ください

入院中の方は病院名と病室をご記入ください

入院中の方はおよその退院予定を記入してください

2号被保険者(40歳から64歳の医療保健加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保健被保険者記号番号
特定疾病名	

介護サービス計画を作成するために必要がある時は、要介護認定・要支援認定に関わる調査内容、認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者は介護保健施設の担当者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示するに同意します。

本人氏名

紀北 一郎

本人さんのお名前と捺印をお願いします(代筆可能)

40歳~64歳の方のみ記入
・特定疾病名をご記入ください
・健康保険証(国保・社保等)のコピーを添付してください

①申請書②別紙の認定調査について③介護保険被保険者証(紛失の場合は再交付申請書)の3点をご提出ください