

**(記載例) 全部で4ページあります
親族等が本人に代わり申請する場合**

この用紙は、新規申請（要支援から要介護申請を含む）、更新申請ともに使用できます。
区分変更申請につきましては、用紙が異なりますので、ご注意ください。

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

個人番号が分からない場合は、個人番号欄の記入は不要です。

		個人番号		〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
		申請年月日		平成28年1月1日	
被 保 険 者	フリガナ	ナヨロ タロウ		生年月日	明・大・昭 3年3月3日
	氏名	名寄 太郎		性別	男・女
	住所	郵便番号 096-8686 名寄市大通南1丁目1番地		電話番号 01654-3-2111	
	前回の要介護認定の結果等 *要介護又は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	
現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設の名称・所在地	期間	年 月	申請者が本人（自筆）の場合、印鑑は不要です。 親族等が申請する場合は、申請する方の印鑑が必要です。	
有・無	医療機関等の名称・所在地	期間	年 月		

申 請 者	名称 (提出代行者)	該当に○(地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設)	名寄 一郎	印	※親族等の場合の続柄 (長男)
	住所	郵便番号 096-0011 名寄市西1条南15丁目1-1	電話番号 01654-1-1111		

主 治 医	主治医の氏名	〇〇 △△ 医師	医療機関名	〇〇病院 ××科		
	所在地	郵便番号 096-0000 名寄市〇〇町1丁目		電話番号 0-0000		
受診状況 <small>(入所者は記入不要)</small>	1月に2回	最近の受診日	12/20	受診予定	1/10	

本人が自筆で申請する場合は本人氏名の欄にご記名ください。
親族の方が申請する場合や居宅介護支援事業者が代行申請する場合には、本人氏名欄には認定を受けようとする方のお名前を、代筆者氏名欄に申請者（代筆者）の方の氏名を記入してください。

第 〇 次 申請 (加入者) のみ記入

医療保険被	更新認定申請の場合、申請から30日以内に認定処理がなされない時の延期通知書の要否についてご記入ください。(レ点を記入)
<input type="checkbox"/> 認定処理が現在の認定有効期間内であれば不要 <input type="checkbox"/> 認定処理が現在の認定有効期間内であっても必要	サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る結果・意見及び主治医意見書を、名寄市から地域包括支援センター、居宅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定調査に従事した調査

本人氏名 名寄 太郎 代筆者氏名 名寄 一郎

結果送付先住所・氏名(住所地以外を希望される場合のみ記入してください)

住所	〒096-0011 名寄市西1条南15丁目1-1	氏名	名寄 一郎
----	-----------------------------	----	-------

(裏面も記入してください)

訪問調査連絡表

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

太線の中は必ずご記入ください。

被保険者氏名	名 寄 太 郎		
訪問調査先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入	住 所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。)	()方	
	入院・入所先 (病院、介護保険施設、ケアハウス・グループホーム等に入所している場合)	※入院中の場合は病室の部屋番号まで記入してください。 ()号室)	
	退院・退所予定 ※該当に○	有(月 日予定) ・ 無	
同居人の有無	有 ・ (無)独居		
同席希望の有無	(有) ・ 無 ※必ずどちらかに○をつけてください。		
同席を希望される方のみ ご記入ください。	フリガナ 氏 名.....名 寄 一 郎..... 住 所.....名 寄 市 西 1 条 南 1.5 丁 目 1 - 1..... 連絡先(平日昼間)電話..... 0 1 6 5 4 - 1 - 1 1 1 1..... 携 帯..... 0 9 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0..... 被保険者との関係.....長 男.....		
都合の悪い曜日や時間帯	有 ()		無 (○)
家族等連絡先 ※ 同席者以外で連絡が必要な方がいればご記入ください	氏 名		
	電 話		
備 考 (申請理由・希望サービスなど)	(例) 独居のため、ヘルパーを利用したい。 お風呂に手すりをつけたい。 デイサービスを利用したい。		

調査時に留意して欲しいことなどがある場合は、備考欄に記入ください。

(裏面も記入してください)

この用紙は、新規申請（要支援から要介護申請を含む）、更新申請ともに使用できます。
区分変更申請につきましては、用紙が異なりますので、ご注意ください。

(記載例)
居宅介護支援事業者等が代行申請する場合

個人番号が分からない場合は、個人番号欄の記入は不要です。

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

										個人番号		○○○○○○○○○○○○○○○○														
被 保 険 者	被保険者番号						1		1		1		1		申請年月日		平成28年1月1日									
	フリガナ		ナヨロ タロウ										生年月日		明・大・ 昭 3年3月3日											
	氏名		名寄 太郎										性別		男 ・女											
	住所		郵便番号 096-8686 名寄市大通南1丁目1番地										電話番号 01654-3-2111													
	前回の要介護認定の結果等 *要介護又は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																							
現在の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無		介護保険施設の名称・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日																			
有・無		医療機関等の名称・所在地					期間 年 月																			

居宅介護支援事業者等が代行申請する場合は、事業者印を押印して下さい。

申 請 者	名称 (提出代行者)		該当に○(地域包括支援センター・指定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・指定介護療養型医療施設)										※親族等の場合の続柄 ()	
	住所		郵便番号 096-0000 名寄市西16条南30丁目1-1										電話番号 01654-5-5555	
		名称 (提出代行者) 居宅介護支援事業所 なよろ 印												

主 治 医	主治医の氏名		○○ △△ 医師			医療機関名		○○病院 ××科					
	所在地		郵便番号 096-0000 名寄市○○町1丁目					電話番号 0-0000					
受診状況 (入所者は記入不要)		1月に2回		最近の受診日		12/20		受診予定		1/10			

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名		医療保険被保険者氏名									
居宅介護支援事業者が代行申請する場合には、本人氏名欄には認定を受けようとする方のお名前を、代筆者氏名欄に申請者(代筆者)の方の氏名を記入してください。		認定処理がなされない(第11項)の要否					<input type="checkbox"/> 認定処理が現在の認定有効期間内であれば不要 <input type="checkbox"/> 認定処理が現在の認定有効期間内であっても必要 方サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る判定結果・意見及び主治医意見書を、名寄市から地域包括支援センター、居宅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定調査に従事した調査員に提出してください。				
本人氏名		名寄 太郎					代筆者氏名 担当介護支援専門員 北海 道子				

更新認定申請の場合、申請から30日以内に認定処理がなされない時の延期通知書の要否についてご記入ください。(レ点を記入)

結果送付先住所・氏名(住所地以外を希望される場合のみ記入してください)

住所		〒096-8686 名寄市大通1丁目1番地					氏名		名寄 太郎				
----	--	--------------------------	--	--	--	--	----	--	-------	--	--	--	--

(裏面も記入してください)

訪問調査連絡表

この連絡票をもとに調査員が電話で連絡のうえ、訪問調査日時をご相談させていただきます。

太線の中は必ずご記入ください。

被保険者氏名	名 寄 太 郎		
訪問調査先 (住民票と違う場合のみ) どちらかに○をつけて記入	住 所 (マンション等の方は棟名及び部屋番号までご記入ください。)	電話番号 () 方	
	入院・入所先 (病院、介護保険施設、ケアハウス・グループホーム等に入所している場合)	※入院中の場合は病室の部屋番号まで記入してください。 () 号室)	
	退院・退所予定 ※該当に○	有(月 日予定) ・ 無	
同居人の有無	有 ・ (無)独居		
同席希望の有無	(有) ・ 無 ※必ずどちらかに○をつけてください。		
同席を希望される方のみ ご記入ください。	フリガナ 氏 名..... 風 連 花 子..... 住 所..... 名 寄 市 西 9 条 南 1 丁 目 1 - 1..... 連絡先(平日昼間)電話..... 0 1 6 5 4 - 7 - 7 7 7 7..... 携 帯..... 0 9 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0..... 被保険者との関係..... 長 女.....		
都合の悪い曜日や時間帯	有 () 無 (○)		
家族等連絡先 ※ 同席者以外で連絡が必要な方がいればご記入ください	氏 名		
	電 話		
備 考 (申請理由・希望サービスなど)	(例) 独居のため、ヘルパーを利用したい。 お風呂に手すりをつけたい。 デイサービスを利用したい。		

調査時に留意して欲しいことなどがある場合は、備考欄に記入ください。

(裏面も記入してください)