

【認定の申請にあたって(更新申請)】

※申請書はすべてご本人様または申請される方がご記入ください。

(主治医欄についても主治医に記載してもらう必要はありません。)

※申請されてから認定の結果を通知するまでに1か月以上かかる場合があります。

記入例(表面)

「更新」にチェックしてください

介護保険 要介護・要支援認定申請書			
府中市長 (口新規 ☒ 更新 口変更 口転入)			
次のとおり申請します。 記入日 令和 年 月 日			
被 保 険 者 (本 人)	介護保険 被保険者番号	0 0 0 × × × × × × × × ×	個人番号
	医療保険	☐ 後期高齢者医療保険 ☐ 国民健康保険 ☐ 生活保護 ☐ その他→ [医療保険者名称] [医療保険者番号] [記号]	
	フリガナ	フチュウ ウメ	
	氏 名	府中 うめ	
	住 所	〒 183-8703 府中市宮西町2-×× ○○マンション △△号室	
	前回の要介護 認定の結果等 (新規は記入不要)	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・	
	変更申請の場合の 理由記入	有効期間 令和 × 年 ○ 月 △ 日 ~ 令和 × 年 □ 月	
	転入者のみ記入	悪化) その他 (	
	現在の居場所	1 住所地 2 病院・施設(ショートステイは除く) 3 その他(家族宅等)	
	1~3に○印を付けて ください。 「1 住所地」以外 の場合は詳細を記 入してください。	病院名・施設 名・家族名 住 所 〒 電話番号 (所 在 地) 期間(予定) 令和 年 月	
提出代行者	フリガナ	フチュウ ケヤキ	
氏名(名称)	府中 けやき		
住 所 (所 在 地)	〒 183-8703 府中市宮西町2-×× ○○マンション △△号室		
主 治 医	フリガナ	ナミキ	サクラ
	主治医	(氏)並木	(名)さくら
	所在地	〒 183-8703 府中市宮西町○-△-□	
	最終受診日	令和 年 月 日	次回受診予定日 令和 年 月 日

・個人番号(マイナンバー)
・医療保険(後期高齢者医療保険
や健康保険)の各欄については
未記入でも受付ができます。

現在の認定内容をご記入ください。

必ずいずれかに○をつけて下さい。
※入院・入所中の場合は、施設名、部
屋番号、所在地等もご記入ください。

記入不要です。

市役所に提出する方(家族等・事業所)についてご
記入ください。
※本人が市役所に提出する場合は記入不要です

現在の体の状態についてご存
じの主治医(定期通院先や入院
先等)を1名ご記入ください。
※長期間ご受診していない場合は申
請前に医療機関へご相談ください。
※ご指定の主治医に市が認定審査に
必要な主治医意見書の作成を依頼し
ます。

40歳~64歳の方のみご記入ください。健康保険証または資格確認書をお持ち
の方は写しを添付してください(マイナ保険証の場合は不要です)。

ケアプラン作成等のため、ケアマネジャーや主
治医より認定情報(認定調査票や意見書、認
定結果等)の資料請求や、介護情報基盤経由
でオンライン照会がなされた場合、開示に同
意いただける場合はご署名をお願いします。

記入不要です。

※裏面も必

記入例(裏面)

有効期間の更新の場合は「更新のため」を選択してください。

認定調査に係る連絡事項

1. 申請理由(複数回答可)

- ☐ 介護又は支援が必要なため ☒ 更新のため ☐ 病院からの勧め ☐ 住宅改修費支給を受けるため
☐ 状態変化により介護度の変更を希望するため ☐ その他(

・生活機能低下の原因となっている傷病名があればご記入ください(**大腿骨骨折、難聴**)

・今回申請を行った経緯をご記入ください。(例:体力低下が見られるようになり、デイサービスに通いたい 等)

訪問リハビリを週1回利用中。サービスを継続したい。

介護を必要とする主な要因となる傷病名をご記入ください。
 ※不明の場合は空欄で結構です。

2. 調査時の立会者等

実態に即した調査を行うため、調査にご同席いただき普段の状況や介護の手間についてお聞かせ

- ☒ 家族等が立ち会う【本人と 同居 ・ **別居** → ☐ 区・市・町・

※ご入院中の場合は看護師への聞き取りが中心となります

- ☐ 介護・医療関係者が立ち会う【 ケアマネジャー ・ 入所(入院)施設の職員

- ☐ 立ち会い者なし

フリガナ **フチュウ ケヤキ**
 調査日時の調整連絡先 氏名: **府中 けやき**

電話番号 **080(●●●●)XXXX**

↳ 平日の日中に連絡が取れる番号をご記入ください

・市への連絡事項 **不在時は留守番電話に伝言あれば折り返します。**

・配慮事項 ☒ 筆談が必要 ☐ 別室での聞き取りが必要 ☐ その他(

・室内飼育しているペット ☐ あり → 調査時はゲージに入れる等のご協力をお願いします。

認定調査の実施時の立ち会い者について選択し、必要事項を記入してください。

なお、ご本人様が入院・入所中の場合、普段の介護の状況は施設職員の方等から聞き取ります。

※ご本人様が入院・入所中でご家族様が立ち会いを希望する場合は事前に入院・入所先にご相談ください。

認定調査の実施時に対応を希望することがあればご記入ください。

3. 調査希望日 ※ 調査は平日の9:00~16:00の間に開始し、1時間ほどお時間をいただきます

調査を行うにあたり都合の悪い曜日と時間帯に×をご記入ください

	月	火	水	木	金	備考
午前					×	〇月〇日午前は通院予定
午後			×			

※ 申請から1か月以内にショートステイの利用等不在がある場合はその期間をご記入ください

不在期間 **〇月×日～〇月△日**

理由: ☒ ショートステイの利用 ☐ 入院 ☐ その他(

認定調査を実施するにあたり都合の悪い曜日や時間帯、不在にする期間等がございましたらご記入ください。

【府中市記入欄】

この欄には記入しないでください。

受付

☐ 被保証押印 窓・郵便・OL

問合せ先

府中市福祉保健部介護保険課 介護認定係

電話:042-335-4309(直通)