

【認定の申請にあたって(新規申請)】

※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)

「新規」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 (☒ 新規 ☐ 更新 ☐ 変更 ☐ 転入)	
次のとおり申請します。 記入日 令和 年 月 日	
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] [番号] [枝番]
フリガナ	フチュウ ウメ 性 別 男 ・ ☒ 女
氏 名	府中 うめ 生年月日 大 昭 平 29 年 4 月 1 日
住 所	〒 183-8703 電話番号 042 (335) × × × × 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) 変更申請の場合のみ 理由記入	要介護 1・2・3・4 日 ~ 令和 年 月 日 記入不要です。
転入者のみ記入	前市区町村【 】で 認定済 / 認定申請中 (申請日:)
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) 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)
住 所	期間(予定) 令和 年 月 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。

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。

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

※提出代行者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。

フリガナ	フチュウ ケヤキ
氏名(名称)	府中 けやき 該当に ☒ 家族等 (本人との関係: 子) ・ 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院
住 所 (所 在 地)	〒 183-8703 電話番号 090 (1235) × × × × 府中市宮西町2-×× ○○マンション △△号室

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。

フリガナ	ナミキ	サクラ	フリガナ	マルマルダイガクフ
主治医	(氏) 並木	(名) さくら	医療機関名	〇〇大学付属病院
所在地	〒 183-8703	電話番号	042 (335) × × × ×	
最終受診日	令和 年 月 日			

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)。

※第2号被保険者(40歳から64歳)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・要支援認定にかかる調査内容 による判定結果・意見、主治医意見書、府中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 施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、府中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 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 に行う場合を含む。)ことに同意します。【介護情報基盤を通じた医療・介護事業者間での認定情報共有に関する包括的同意】	
被保険者本人氏名	府中 うめ
代理人氏名	府中 けやき
【新規申請のみ】 ご本人の必要に応じた支援につなげることを目的に本申請書の内容を地域包括支援セン ターに提供してよろしいですか。 ☒ はい (提供不要の場合は未記入)	※裏面も必ず

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。

申請後の相談対応等に活用するため、本申請の内容をお住いの地域を担当する地域包括支援センター
に提供することに同意いただける場合はチェックをお願いします。(センターに提出する場合は不要)

記入例(裏面)

申請理由で該当するもの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**)

・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

**○月×日転倒して骨折。○月×日～△月□日まで長期入院により
体力低下。デイサービスを利用したい。**

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ください。

- ☒ 家族等が立ち会う【本人と 同居 ・ **別居** (○×区市町村)】
※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)施設の職員等】
☐ 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 ケヤキ** (本人との関係)

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。

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					×	△月○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 月 日 ～ 月 日

理由: ☐ ショートステイの利用 ☐ 入院 ☐ その他()

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。

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・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)