

# 介護保険

要介護  
要支援

# 認定申請書

該当するものに○

- 新規  更新  転入
- 区分変更 (要介護⇒要介護 又は 要支援⇒要支援の変更を希望)
- 要支援⇔要介護 (要支援⇔要介護の変更を希望)
- ★該当するものに「レ」点をつけてください

(あて先) 千葉市 区長  
次のお通り申請します。

## 【記載例】

被保険者 (認定を受けようとする方)	被保険者番号	1 0	フリガナ	カイゴ タロウ	申請日	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	氏名	介護 太郎		生年月日	明・大 昭〇〇年〇〇月〇〇日	
	住所	〇〇区〇〇町〇〇-〇		連絡先電話番号	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
		できれば病室もご記入ください。		連絡先電子メールアドレス	日中ご連絡可能な番号(携帯電話可)	
	入所中の施設 (短期入所も含む) 又は入院中の 医療機関	介護保険施設等の名称(所在地) 〇〇病院 〇〇〇 〇〇区〇〇町〇〇-〇		期間	年 月 日	
	施設入所・入院の場合に記入	交通事故等の有無を記入		事故等発生日	年 月 日	
	事故等に 入してください	第三者からの行為による傷病等		あり・なし		
	要介護・要支援 認定されている 方は記入してく ださい	前回の 認定結果	(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 〇〇年〇月〇日 から 〇〇年〇〇月〇〇日	
	医療保険 加入状況	医療保険者名	<input type="checkbox"/> 千葉県後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 千葉市(国民健康保険)		※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入	
	40歳~64歳の方は ご記入ください	特定疾病名	脊柱管狭窄症		老化が原因とされる16疾病に限りです。	
主治医について ※必ずご記入ください	医療機関名	〇〇病院		医師の氏名	〇〇 一郎	
	主治医や居宅介護支援事業者、介護保険施設等から認定にかかる調査内容や認定の結果(要介護度)を知りたいという申し出があった時、 市から直接、認定結果をお伝えしてもよい場合は、ご本人による署名又は記名押印してください。	月1回程度以上の受診がある 病院名等		電話番号	-〇〇〇-〇〇〇〇	
同意書	被保険者氏名 (本人による署名または記名押印)	介護 太郎		代筆者氏名 (代筆の場合で本人の押印が無い場合は記入)	続柄 ( )	
	申請書の提出者が本人以外の場合、該当する欄にご記入ください	氏名	住所等		担当者氏名	電話番号
訪問調査	希望する場所	<input type="checkbox"/> 自宅(被保険者欄に記入した住所) <input type="checkbox"/> その他(その他の場合は具体的に記入)		<input type="checkbox"/> 病院・施設(被保険者欄に記入した病院・施設)		
	日程調整の 連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 提出者 <input type="checkbox"/> その他(下に記入)	本人との 関係	日中連絡可能な時間帯	~	
事務処理欄	ご記入は不要です。					