

介護保険

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

一関地区広域行政組合管理者 様

次のとおり申請します。申請年月日 令和 7 年 11 月 1 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1234567890	個人番号	123456789012			
	医療 保険	保険者名	岩手県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	39032099		
		被保険者 記号・番号	記号	番号	123456789	枝番	
	フリガナ	イチノセキ タロウ			生年月日	昭和 20年 10月 10日	
	氏 名	一関 太郎			性 別	男	
	住 所	〒021-0000 一関市〇〇町〇番△号			被保険者が65歳未満の場合、 窓口で医療保険証の提示が必要		
					電話番号 〇〇-XXXX		
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要支 援更新認定の 場合のみ記入	要介護状態区分 有効期限 年 月 日 から 年 月 日				
		※14 日以内に 他自治体から 転入した者の み記入	転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日				
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所 の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
	介護保険施設等の名称等・所	他市等の施設・病院の場合、 可能であれば所在地も記載		月 日 ～ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地	期間		令和6年 12月 10日 ～ 令和6年 1月 20日			
有・無	医療機関等の名称等・所在地	期間		入院中 令和7年 6月 15日 ～ 年 月 日			

提出代 行者	名 称	該当に○（地域包括支援センター・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・介護医療院） 平泉 花子 （長女）	家族等が申請する場合、提出代行者欄に 申請する家族等の氏名（続柄）と連絡先を記載 電話番号 □□□□-■■■-◇◇◇◇
	住 所	〒◆◆◆-◇◇◇◇ 平泉町平泉字××▽▽番地▼	

主 治 医	主治医の氏名	磐井 一郎	医療機関名	△△病院
	所 在 地	〒◇◇◇-◆◆◆◆ 一関市××□丁目〇〇番×号 電話番号 △△-▲▲▲▲		

第二号被保険者（40歳から	被保険者が65歳未満の場合、国が定める16の特定疾病から該当するものを記載 （例、骨折を伴う骨粗しょう症、末期がん、脳血管疾患 など）
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、要介護等認定・要支援認定にかかる調査内容、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、一関地区広域行政組合から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは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示することに同意します。

本人氏名 一関 太郎

(裏面)

要介護度を認定するため、担当調査員がご自宅などを訪問し、心身の状態や日頃の生活、家族、居住環境などについて、1時間程度の面接調査を行います。

調査は、平日の午前9時から午後4時の間に行います。

1. 調査日程の連絡先（平日の午前9時から午後4時の間に連絡が取れる電話番号をご記入ください。）

フリガナ 氏 名	続 柄	住 所（被保険者の住所と異なる場合はご記入ください）
ヒライズミ ハナコ 平泉 花子	長女	平泉町平泉字××▽▽番地▼
電話番号		連絡を希望する時間帯
携 帯 〇〇〇-●●●●-◎◎◎◎	ア いつでも可	
自宅等 □□□□-■-◇◇◇◇	イ 希望有(時 ~ 時)	

2. 調査実施場所（ご自宅以外の場合、病院・施設等の名称をご記入ください。）

病院・施設等の名称	病院・施設等の住所
△△病院	一関市××□丁目〇〇番×号

初めて申請する場合、日頃の生活などの聞き取りのため、ご家族の方などの立ち合いをお願いします。

3. 調査の立会いについて

ア 希望する イ 希望しない

4. 認知症について

ア あり イ なし

5. 世帯状況（ご自宅の方のみご記入ください。）

ア 一人暮らし イ 高齢者のみ ウ その他(子供家族等と同居)

6. 利用しているサービス（利用日に○印をつけてください。）

デイサービス・デイケア	月	火	水	木	金	土	日
ヘルパー等訪問日	月	火	水	木	金	土	日
ショートステイ近日利用日	月	日 ~			月	日	

7. 調査に関する特記事項（調査員に事前に知らせておきたいことなどがあればご記入ください。）

--