

# 介護保険

記入例（更新申請） 事務所記入欄

（令和6年1月作成 岡山市）

要介護認定・要支援認定  
**要介護更新認定** 要支援更新認定  
変更認定

更新申請の場合、現在の介護度にあわせて、  
要介護更新認定・要支援更新認定どちらかに  
○をしてください。

申請書

\*該当するものに○印をつけてください。

（あて先）岡山市長

次のとおり申請します。

\*申請年月日が市の受付年月日と異なる場合には、市の受付年月日を申請年月日とします。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3	
	フリガナ	オカヤマ タロウ		申請年月日	令和 5年 4月 1日
	氏名	岡山 太郎		生年月日	明・大・昭 10年 1月 1日
	住所	岡山市北区鹿田町1-1-1		性別	男 ・ 女
	前回の要介護（支援）状態区分等	状態区分	1 2 3 4 5	有効期間	平成・令和 3年 1月 1日～ 令和 5年 12月 31日
	変更申請の理由	悪化・改善 *変更申請の場合、理由を記入してください。 理由（ <b>※記入しない</b> ）			

本人及び家族、代理人が申請する場合も 次の欄に記入してください。

申 請 者	氏名または名称	該当に○印（本人 <b>家族</b> 成年後見人等※1 ・ 地域包括支援センター※2 ・ 指定居宅介護支援事業所※2 ・ 介護保険施設） 岡山 花子		
	住所または所在地	岡山市北区鹿田町1-1-1 （電話 086 - 000 - xxxxx）		

市から、訪問調査の連絡を受ける方を記入してください。  
連絡可能な時間帯も記入してください。

訪 問 調 査	訪問調査日調整のための連絡先	本人・ <b>その他</b> （氏名 岡山 花子 続柄 妻） （電話番号） 086 - 000 - xxxxx （携帯電話番号） 090 - 0000 - xxxxx 平日 日中の連絡可能な時間帯 <b>いつでも可</b> 時間帯（時～時）・（ ）曜日以外
	訪問調査時の同席希望	<b>希望する</b> ・ 希望しない *希望する場合はその同席者（氏名 岡山 花子 続柄 妻）
	訪問調査先（介護保険施設、医療機関、ケアハウス、グループホームなど）	*訪問調査先が被保険者住所と異なる場合は 必ずご記入ください。 〒000-xxxx 岡山市北区大供 0-0-0 （名称） ▲▲病院 , 105号室（電話 086 - ▲▲▲ - xxxxx）

※3：訪問調査は、原則 平日の9時～17時に行いますのでご了解ください。

主 治 医	主治医氏名	（姓） <b>政令</b> （名） <b>史朗</b>
	所在地	〒000-xxxx 岡山市北区大供 0-0-0 （電話番号） xxxxx
	最終受診日	令和 5年 12月 1日 / <input type="checkbox"/> 入院中（入院中の場合、チェックしてください。最終受診日の記入は不要です。）

□にチェックしてください。「その他」にチェックが入る場合のみ、医療保険保険者名、番号をご記入ください。

医療保険情報※4	<input checked="" type="checkbox"/> 岡山市国民健康保険 <input type="checkbox"/> 岡山県後期高齢者医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入（生活保護受給中等） <input type="checkbox"/> その他（保険者名 記号・番号・枝番
----------	--

※4：岡山市国民健康保険、岡山県後期高齢者医療保険及び未加入の欄にチェックした場合、医療保険者証の提示等は不要です。ただし、2号被保険者の方については、医療保険の種類に限らず、医療保険被保険者証の提示等が必要です。

2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	*64歳以下の方は必ず記入してください。
-------	----------------------

以下のことについて同意します。

\*介護サービス計画の作成に際しては、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、介護認定審査会による判定結果・意見書、主治医意見書、更新申請の認定までの見込み期間等を通知する書面を省略すること。  
下記の文書を読み、同意の上、↓の本人氏名（代筆の場合は代筆者氏名、続柄を含む）をご記入ください。

（同意する場合は、被保険者名を必ず記入）被保険者氏名 **岡山 太郎**  
（同意欄を代筆した場合は、必ず記入）代筆者氏名 **岡山 花子**（続柄） **妻**