

介護保険

記入例（新規申請） 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

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	平成・令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日
	変更申請の理由	悪化・改善 *変更申請の場合 <b>※記入しない</b> 状態や理由を記入してください。			

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 <input type="checkbox"/> 家族 <input checked="" type="checkbox"/> 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 )		
	住所または所在地	岡山市北区鹿田町1-1-1 (電話 086 - 000 - xxxxx)		

この申請をする方の名前または事業者名を記入してください。

市から、訪問調査の連絡を受ける方を記入してください。記事項証明書等(写し可)を添付してください。(変更)届出書の提出状況も併せてご確認ください。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) 政令 (名) 史朗	かかりつけの主治医(被保険者本人の現在の健康状態を最もよく理解している医師)を記入してください。
	所在地	〒000-xxxx 岡山市北区大供 0-0-0	
	最終受診日	令和 5年 4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、介護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は必要です。

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

医療保険情報を記入してください。「その他」にチェックした場合、記号・番号・枝番も記入が必要です。

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... 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