

様式第4 申請区分は間違わないよう  
選んでください。

## 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

転入の場合は※1欄の記載  
もお願いします。

新規 更新 変更 [ 区分変更 要介護への新規 要支援への新規 ] 転入 ※1

(あて先)福島市長  
次のとおり申請します。

申請年月日

令和 年 月 日

申請者	本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 親族等( 長女 )	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護医療院	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設
	氏名(名称)	<b>福島 花子</b>			
	住所	〒 960-8601	電話番号	実際に申請に来られる本人もしくは親族の氏名 ・住所、電話番号を記入してください。 事業所による代理申請の場合は事業所の名称・ 所在地・電話番号を記入してください。	

被保険者	被保険者番号	0001234567	個人番号					
	フリガナ	フクシマ タロウ	<input checked="" type="checkbox"/> 第1号被保険者 <input type="checkbox"/> 第2号被保険者					
	氏名	<b>福島 太郎</b>	生年月日	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	住所			電話番号	024-555-6677			
	(住民票登録地)	福島市 早稲町1番1号						
	前回の認定結果等	要介護 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 要支援 ( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 事業対象者 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日						
	変更申請の理由	※具体的に疾病名まで。 変更 [ <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 要介護への変更 <input type="checkbox"/> 要支援への変更] を選んだ時は、変更する理由と状態の悪化もしくは改善を○で囲んでください。 ( 状態の悪化 ・ 状態の改善 )						
	訪問調査先 (上記住所に居住していない場合、実際の居住地等)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	〒 - (住所)	電話番号	-			

調査日連絡先	施設名等								
	入院・入所(予定)期間	年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 未定							
	フリガナ	フクシマ タロウ	連絡可能な曜日・時間帯	平日の日中					
	氏名	<b>福島 太郎</b>	確実に連絡の取れる方を記入してください。 電話番号はお間違いないよう確認願います。						
連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先(名称)								
固定電話	024-555-6677	携帯電話	080-1234-5678						

※1 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。	はい ・ いいえ						

(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) 「はい」の場合 申請日 年 月 日

※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※マイナ保険証をお持ちでない方は資格確認書等の写しを添付してください。

医療保険者名	保険者番号	保険種別	記号番号					
--------	-------	------	------	--	--	--	--	--

特定疾病名	資格取得日	昭・平・令	年	月	日				
-------	-------	-------	---	---	---	--	--	--	--

※ 第2号被保険者は必ず介護保険に該当する特定疾患  
が必要になります。主治医にご確認ください。

認書等の写し(第2号被保険者)  
項証明書(成年後見人等による申請)  
総合病院の場合は診療科名  
を記載してください。

※医師は1名のみ記入ください。

主治医	医療機関名	福島市総合病院	医師名 (診療科)	櫻 桃実	( 整形外科 )					
	医療機関所在地	福島市五老内町3番1号	024-525-6552							
	受診頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 1ヶ月に1回以上 <input type="checkbox"/> 1ヶ月	意見書を依頼する主治医・医療機関 の情報を記入してください。							
	最終受診日	令和XX年4月1日	次回受診日	令和XX年5月1日	頃	<input type="checkbox"/> その他( )				

同意欄	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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、福島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事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を福島市から地域包括支援センター 居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防・日常生活支援総合事業を行なう者、主に電子的に行なう場合を含む。)ことには、(更新申請の場合) 本人が自署できない場合は代筆者が本人氏名を 代筆し、代筆者が自署と本人との関係を記入して下さい。									
	該認定が申請の日から30日を超える場合であっても、認定の延期に係る通知を省略することに同意します。									
	本人署名 <b>福島 太郎</b> 代筆者署名									

本人との関係 **本人**

※同意欄の代筆は三親等内の親族に限ります

市記入欄	受付	入力	入力日	調査票	意見書
------	----	----	-----	-----	-----