

申請書の記入欄は以下の書類等を参考に記入してください。

- ・介護保険被保険者番号：介護保険被保険者証
- ・個人番号：マイナンバーカード、通知カード
- ・医療保険：資格情報のお知らせ、資格確認書

健康保険証利用登録したマイナンバーカードであればマイナポータル

## 【申請書記入例】

様式第18号(第2条、第26条、第73条、第74条関係)

わからない等、記入が困難な場合は、空欄でも提出できます。

社会保険加入の方、後期高齢者医療保険加入で上三川町に住民登録がない方は記入。(それ以外の方は記載を省略できます。)

認定を受けたい方(住所は住民登録のあるところ)

申請時点から過去6か月の入院入所の有無に○をする。有の場合は施設名称と期間を記入。

日頃よくかかっている医療機関と医師の名前を記入。(入院中の場合は入院している医療機関名等) ※長期間受診しておらず意見書が記入できない場合は、受診をお願いする場合

介護保険		要介護認定・要支援認定		申請書	
		要介護更新認定・要支援更新認定			
栃木県河内郡上三川町					
次のとおり <b>介護保険被保険者証に記載の8ケタの番号</b> 請年月日 令和〇〇年 〇〇月 〇〇日					
介護保険被保険者番号		個人番号			
医療保険者名		健康保険組合		保険者番号	
被保険者番号		記号		番号	
フリガナ		カミノカワ タロウ		生年月日	
氏名		上三川 太郎		性別	
住所		〒329-0000		昭和〇〇年 〇月 〇日	
		上三川町上三川〇〇〇〇番地		電話番号 56-0000	
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 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2	
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入		有効期間 令和 年 月 日から 令和 年 月 日	
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地		期間 年 月 日～ 年 月 日	
○・無		〇〇病院 上三川町上三川〇〇〇〇番地		期間 〇年 〇月 〇日～ 〇年 〇月 〇日	
提出代行者		ケアマネージャーや入所施設が代行申請する場合に事業所名等を記入		電話番号	
主治医		主治医の氏名		医療機関名	
		〇〇 〇〇		〇〇病院	
		〒329-0000		電話番号 〇〇-0000	
		上三川町上三川〇〇〇〇番地			
第二号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入					
特定疾病名 40歳から64歳の方は <b>特定疾病名</b> を記入(わからない場合は主治医に確認)					
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、上三川町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、上三川町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、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。					
本人氏名				上三川 太郎	
				代筆 上三川 一郎(子)	

本人が記入する場合は、本人氏名欄に署名。本人が記入できない場合、本人氏名を代筆し、代筆者氏名と本人との関係を記入。

# 【記入例】

こちらの面も記入してください。

## 訪問調査連絡票

この連絡票は、訪問調査を実施するに当たり事前に確認が必要な事項について伺うものです。該当するところに記入または✓をしてください。この連絡票を基に訪問調査の調整等させていただきますので、ご協力をお願いします。

被保険者番号	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>								※保険者・事業所記入欄
被保険者氏名 (調査対象者)	フリガナ カミノカワ タロウ 氏名 上三川 太郎								訪問調査： 月 日 ( ) : ~ 場所： 立会者： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
日程調整のための連絡先	フリガナ カミノカワ イチロウ 氏名 上三川 一郎								<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居等 <input type="checkbox"/> 事業所 <input type="checkbox"/> 他 続柄等 ( 子 ) ケアマネージャの場合 (事業所名 )
平日昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください	連絡先① <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 0 8 0 - 0 0 0 0 - 0 0 0 0				連絡先② <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 職場 <input type="checkbox"/> 他 5 6 - 0 0 0 0				
※日程調整の連絡は午前8時30分から午後5時15分までの間に電話にて差し上げます									
調査立会者	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 上記の連絡先の方 フリガナ ケアマネージャの場合は事業所名も記入してください。 事業所名 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名 続柄等 ( ) 電話 ( )								
訪問調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票記載の住所 <input type="checkbox"/> 入所先・入院先 医療機関・施設名 入院の場合 (病棟名等 ) (例：〇〇病棟3F南、本館4F北) 入院中で、転院又は退院予定がある場合は、下記も記入してください。 転院・退院予定先 ( ) 予定日 ( 年 月 日頃) 電話 ( ) <input type="checkbox"/> その他 住所 電話 ( )								
認知症の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり								
主たる疾病	<input type="checkbox"/> 特になし <input checked="" type="checkbox"/> あり (疾病名： 大腿骨頸部骨折 ) (例：脳梗塞、パーキンソン病、〇〇骨折)								
その他留意事項	調査において特に配慮が必要なことや注意事項等、認定調査員にあらかじめ知っておいてほしいことや話したいことがあれば記入してください。 ・耳が聞こえにくいので大きな声で話してほしい ・本人に告知していない病気がある								

《町処理欄》

被保険者証	資格者証発行	医療保険情報確認	介護保険料確認	調査連絡調整 (調査員記入)
<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 済	<input type="checkbox"/> 済	月 日 対応者：