

# 記入のしかた（表面）

## ① 申請区分欄

今回の申請の区分について該当するものに☑してください。

## ② 申請年月日欄

申請書を提出する日付を記入してください。

## ③ 氏名欄

氏名、フリガナを記入し、性別に○をつけてください。

## ④ 被保険者番号欄

## ⑤ 生年月日欄

## ⑥ 住所欄

⇒記入してください。

## ⑦ 居住確認欄

該当する方に☑をつけてください。

⇒☑居住していない場合は、必ず、裏面の⑩訪問先を記入してください。

## ⑧ 個人番号欄

⇒記入してください。  
(不明の場合は空欄可)

## ⑨ 入所・入院履歴欄

過去6カ月以内に施設に入所又は病院に入院している場合は施設や病院の名称と期間を記入してください。

## ⑩現在(最終)の認定結果

現在又は最終の認定結果について記入してください。

## ⑪ 他市より転入の方

14日以内に他市町村より転入してきた場合で、転出元自治体で受けた認定を引き継ぐ場合は、記入してください。

## 介護保険(要介護・要支援)認定申請書

① 新規(初回・期限切れ)  更新  転入  
⇒  要支援者の要介護への区分変更  
 要介護・要支援状態区分変更

\* 右の該当する項目の□に「レ」点をつけてください ⇒  要介護・要支援状態区分変更

(申請先) 天理市長  
次のとおり申請します。

② 令和 年 月 日 申請

### 申請者 (認定を受けようとしている方)

フリガナ氏名 ③	④: 保険者番号								
	⑤: 年月日	大・昭			年			月	日
住所(住民登録地) 〒 ⑥ 天理市	* アパート・マンション名も記入してください								
⑦: 記住所に <input type="checkbox"/> 居住している <input type="checkbox"/> 居住していない	個人番号 ⑧								
過去6カ月間の介護保険施設・医療機関等への入所・入院について	有・無	入所・入院先の住所・施設名等							
⑨		入所・入院(予定)期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							

現在(最終)の認定区分	⑩: 支援状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護状態区分 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
	年 月 日 から	年 月 日 まで

14日以内に他自治体から転入した場合	転出 ⑪ 本(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 】

主治医 (市から直接、主治医意見書を医療機関に依頼します)	
医療機関名称	⑫
所在地	医師名 ( 科) 医師
前回診察日: 年 月 日	次回診察日: 年 月 日

主治医 (市から直接、主治医意見書を医療機関に依頼します)	
医療機関名称	⑫
所在地	医師名 ( 科) 医師
前回診察日: 年 月 日	次回診察日: 年 月 日

同意欄 (以下の内容に同意する場合ご署名ください)	
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、天理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、天理市から地 ⑬ 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 (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。 (更新申請の場合のみ) 申請日から30日以内に認定がされない場合であっても、現在の有効期間内に認定されるときは、認定延期通知を省略することに同意します。	
申請者氏名(認定を受けようとしている方)	
代筆の場合: 代筆者氏名	(続柄)

⑭ 申請書を提出した人 (提出代行の場合は、該当するサービスに○をつけてください)	
フリガナ氏名:	提出名称:
住所:	代所在地:
(続柄)	
電話番号:	行電話番号:

受理年月日	市役所処理欄 * 記入しないでください。 *							
受付	<input type="checkbox"/> 窓口 ⇒ <input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 郵送						
資格者証	<input type="checkbox"/> 回収済⇒ <input type="checkbox"/> 資格者証交付 <input type="checkbox"/> 添付忘れ <input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 紛失	同時申請	<input type="checkbox"/> あり( )					
区変理由書	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 保留( )	給付制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 給付係					
転入継続	<input type="checkbox"/> 資格者証あり <input type="checkbox"/> 資格者証依頼中( )	<input type="checkbox"/> 個人番号で照会( )						
受付入力	調査 <input type="checkbox"/> 市 <input type="checkbox"/> 委託( )	⇒ <input type="checkbox"/> 契約	出力					

裏面も必ず記入してください

## ⑫ 主治医欄

現在かかりつけの主治医の氏名等を記入してください。複数の医療機関を受診している場合は、主となる医師一人を記入してください。主治医意見書の依頼の際に必要となりますので必ず記入してください。

## ⑬ 同意欄

同意する場合、申請者本人が署名してください。本人以外が署名する場合は、代筆者の署名をお願いします。

## ⑭ 提出者欄

申請者本人以外がこの申請書を提出する場合は、提出した人の氏名と続柄を記入してください。

裏面あり

