

書き方見本

受付印



介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
(宛先) 鎌倉市長
次のとおり申請します。

当てはまるところの□に印を付けてください。

申請日 20〇〇 年 4 月 5 日

被保険者（認定を受ける方）	フリガナ	カマクラ タロウ										申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 変更 ☐ 転入				鎌倉市 使用欄 受付入力 調査先 調査依頼 意・作成 意・依頼 調・着 意・着 調・読込										
	氏 名	鎌 倉 太 郎 (男) 女																									
	生年月日	明 大 (昭) 平 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日																									
	介護保険 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		
	医 療 保 険	保険者名	〇〇健康保険組合										保険者番号	12345678													
		被保険者証	記号	〇〇										番号	〇〇〇〇〇〇										枝番	〇〇	
	住 所 (住民登録地)	〒 248 - 0012 鎌倉市御成町〇〇-〇〇										医療保険（健康保険）の情報を記載してください。 後期高齢者医療保険は記号・枝番は記入不要です。															
	前回の 認定結果等	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ (2) ・ 3 ・ 4 ・ 5 鎌倉市へ転入して14日以内の方は下記をご記入ください。 前市区町村 [] で 認定あり ・ 認定なし ・ 認定申請中 である。										有効期間	令和4 年 11 月 1 日 から 令和7 年 10 月 31 日 まで														
変更・介護 申請の理由	変更・介護申請の場合は、申請理由を簡潔にご記入ください。 例：骨折に伴うADL低下のため																										

主治医	医療機関名	〇〇病院										科 名	内科										意・読込 一次判定
	所 在 地	〒 ΔΔΔ - ××××										電話番号	ΔΔΔΔ (〇〇) ΔΔΔΔ										
	最終受診日※	令和4 年 11 月 10 日										次回診察予定日	令和4 年 12 月 10 日										

※入院中の方は診察日の記入は不要です。

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）の方は特

特定疾病名

※第2号被保険者の方は医療保険者証の写しを添付してください。

同意欄	要支援・要介護度の判定や介護サービス計画の作成等介護保険審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を鎌倉市か びス事業者、地域密着型サービス事業者、若しくは介護保険施設 同意します。 場合、現在の認定有効期間内に認定の結果が通知されるので																							
	☆署名を忘れずにご記入ください☆ ※パソコン打ちでの署名は受け付けられませんのでご注意ください																							
	被保険者氏名	鎌倉 太郎										代筆者氏名	鎌倉 次郎 (続柄 長男)											

提出者	家族または提出代行者 * 本人の場合は記入不要																							
	☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 家族 続柄 (長男) ☐ その他 ()																							
	氏 名 (名称)	鎌倉 次郎										電話番号	ΔΔΔΔ (〇〇) ΔΔΔΔ											

住 所 (所在地) 鎌倉市御成町〇〇-〇〇

鎌倉市使用欄

番号確認 (1点)	添付書類		受付者	
☐ 個人番号カード	有	無		介護保険被保険者証
☐ 通知カード	有	無		医療保険証 (2号)
☐ 住民票 (個人番号有り)	確認			
☐ 住民基本台帳	☐ 資格者証			

☐ その他 () ☐ 同時申請 ()

訪問調査について必ずご記入ください。

被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	氏名	鎌倉太郎
①日程調整等の連絡先 日中に連絡を取ることができる連絡先をご記入ください。												
氏名	鎌倉次郎											
住所	〒248-0012 鎌倉市御成町〇〇-××											
電話番号	0467 (△△) △△△△ 携帯番号 〇〇〇 (××××) ××××											
②調査日 都合の悪い曜日・時間帯がございましたらご記入ください。												

4月10日は精密検査を行う予定のため、	【日程調整等の連絡先】 *連絡先に、訪問調査の日程調整の連絡をします。平日の日中に連絡が取れる電話番号をご記入ください（携帯電話をできる限りご記入ください）。 *連絡先は立ち会う方でも結構です。
③調査の立会い 認定調査時に立会いを希望された方へ ☐ なし ☒ あり（連絡先と同じ） ☐ あり 氏名 ()	鎌倉市御成町〇〇-〇〇 本人との関係 ()

④訪問場所 本人が現在いる場所についてご記入ください。
☐ 自宅（住民登録地） ☒ 入院・入所先 ⇒ ここにチェックをされた方は、⑤についてご記入ください。 ☐ その他 () 住所 〒 -

⑤病院入院中、介護施設等入所中の方 現在入院中または入所中の施設についてご記入ください。	
入院・入所日	2000年 3月 30日から 入院・入所中
病院・施設名	〇〇病院
種類	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☒ 病院 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 ()
所在地	〒△△△-×××× 電話番号 △△△△ (〇〇) △△△△ 〇〇市〇〇-〇〇
病室・居室	A棟 1192号室
退院・退所予定日	2000年 4月 5日に 退院・退所予定 / 未定

⑥今後の予定 今後、本人の居所が変更される予定がある方はご記入ください。 ※概ね2週間が目安となります。	
今後の居所	☒ 自宅 ☐ 自宅以外 ※自宅以外の場合には、下記についてご記入ください。
病院・施設名等	
種類	☐ 介護老人福祉施設 ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ 病院 ☐ 有料老人ホーム ☐ その他 ()
所在地	〒 - 電話番号 ()
予定日	年 月 日

⑦特記事項	訪問調査にあたり留意事項（病気の状況やサービスの利用希望等）があればご記入をお願いします。 今回持病の悪化により申請をしましたが、病気のことは未告知なので、調査時に伝えないようご配慮をお願いします。
-------	--