

①申請書を記入する方の名前を記入してください。  
「本人との関係」は本人からみたご関係を記入してください。

# 【記入例】

|         |               |        |           |
|---------|---------------|--------|-----------|
| 申請書の記入者 | <b>木更津 太郎</b> | 本人との関係 | <b>長男</b> |
|---------|---------------|--------|-----------|

②必要事項を記入してください。

|                         |                     |       |                    |
|-------------------------|---------------------|-------|--------------------|
| 介護保険<br>番号              | 0 0 0 0 0 △ △ △ △ △ | 申請日   | 令和 年 月 日           |
| 医療<br>保険<br>被保険者証<br>記号 |                     | 保険者番号 |                    |
| フリガナ                    | キサラヅ ハナコ            | 生年月日  | 明・大 <b>昭</b> 年 月 日 |
| 氏名                      | <b>木更津 花子</b>       | 性別    | 男 ・ <b>女</b>       |

③現在認定中の要介護度、有効期間を記入してください。

④現在の要介護度の見直しをする理由を記入してください。

⑤現在入院中の場合、入院先病院名と入院日を記入してください。

|  |                                   |                          |     |
|--|-----------------------------------|--------------------------|-----|
| 〒 <b>292-0852</b>  | 木更津市 <b>潮見1-1</b>                 | 電話番号 <b>0438-23-7163</b> |     |
| 要介護状態区分  | 1 2 3 4 5                         | 要支援状態区分                  | 1 2 |
| 有効期間   | 年 月 日 から                          | 年 月 日 まで                 |     |
| <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無 | <b>介護病院</b><br><b>木更津市木更津00-0</b> | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日         |     |

⑥申請を受理した後、市から主治医に「主治医意見書」の作成依頼をします。必ず記入してください。  
※市に申請する前にあらかじめ主治医または病院に“主治医意見書を書いて頂けるか”確認を行った上で医師名を記入して下さい。

|       |                                |                        |
|-------|--------------------------------|------------------------|
| 提出代行者 | 本人(家族)が申請される場合、提出代行者の欄は記入不要です。 |                        |
| 主治医   | 主治医の氏名 <b>千葉 二郎</b>            | 医療機関名 <b>介護病院 (内科)</b> |
|       | 所在地 〒                          | 電話番号                   |
|       | 受診の間隔 <b>定期的</b> ・ 不定期         | 最後に受診した月 令和 ○年 ○○月     |

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 | 16の特定疾病のいずれか該当するものを記入して下さい |
|-------|----------------------------|

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を木更津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、指定介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設、介護老人保健施設若を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示するこ

⑦上記点線内をご一読頂き、同意いただけるようであれば右欄に申請者本人氏名をサインしてください。

本人氏名 **木更津 太郎** ※裏面もご記入ください

(裏)

訪問調査についての記入欄

|                    |  |
|--------------------|--|
| 本人、家族等の<br>連絡先     | 氏名 <b>木更津 良子</b> 被保険者との関係 <b>長男の妻</b><br>住所 〒 <b>292-0852</b><br><b>木更津市潮見1-1</b><br>電話番号 自宅 <b>0438-23-7163</b> 携帯 <b>090-1234-5678</b>   |
| 連絡を取りやすい<br>曜日・時間帯 | <input type="checkbox"/> いつでも可<br><input type="checkbox"/> 曜日 月・火・水・木・金 時  |
| 訪問調査の立会い           | 家族の立会い希望 有 (立会い者：<br>無 調査前後の<br>介護支援専門員等の立会い希望 無<br>※特別な理由がない限り、介護支援専門員等の立会いはお断りしております。<br>有 (立会い理由：   |
| 訪問先                | <input type="checkbox"/> 被保険者宅 (自宅)<br>住所<br>名称<br>電話番号<br>病棟及び部屋番号 病棟 階 号室  |
| その他                | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 (夫婦) <input type="checkbox"/> 同居 (その他：<br><b>⑩認定調査前の参考となるよう家族状況を記入してください。</b><br><b>⑩訪問調査の際に、何か留意することがあればご記入ください。特にないようでしたら、記入不要です。</b><br>※本人及び家族等の健康状態 (熱・感染症など) に問題がある場合は、必ず記入してください。 |

⑧申請を受理した後、申請者ご本人にお会いして聞き取りを行う訪問調査を行います。  
日時を約束するため、担当の認定調査員から電話でご連絡差し上げますので、連絡させて頂く方の連絡先を記入してください。

⑨正確な調査を行うため、当市では申請者ご本人を実際に介護されている方や状況をご存知の方 (ご家族など) に、なるべく立ち会っていただくようお願いをしております。可能な範囲で調査日時は配慮致しますのでお立会い願います。  
※ケアマネジャーが立ち会う場合は理由が必要になります。

注 その他の欄は、訪問調査時に留意すべき事項や伝えておきたい事項等があれば、記入してください。

※市

が

滞

①から⑩まで記入が終わりましたら、介護保険被保険者証添えて、木更津市役所介護保険課 (朝日庁舎2階) までご提出ください。