

《記入例》 要支援1～2の方が変更申請をする場合

様式第1号（第19条関係）

介護保険（要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

（宛先） 三条市長

申請年月日 令和2年 5月 1日

次のとおり申請します。

被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	
フリガナ	サンジョウ タロウ		生年月日	明・大 昭8年 2月 3日
氏名	三条 太郎		性別	男・女
住所	〒955-8686 三条市旭町二丁目3番1号 電話番号 0256-34-5511			
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	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2年 5月 1日 から 令和5年 4月30日 まで 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。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等		期間	年 月 日～ 年 月 日
	介護保険施設等の名称等		期間	年 月 日～ 年 月 日
	医療機関等の名称等		期間	年 月 日～ 年 月 日
有・無	医療機関等の名称等 新潟市〇〇区△△ ××病院		期間	2年 4月 1日～ 年 月 日

申請者	この欄は、申請者が本人又は家族の場合に記入します。		
申請者住所	〒		
提出代行者	該当に○（介護医療院）	この欄は、申請者が提出代行者（事業者・施設）の場合に記入します。	

主治医	主治医の氏名	医療 花子	医療機関名	××病院
	所在地	〒950-〇〇〇〇 新潟市〇〇区△△-×× 電話番号 025-〇〇〇-△△△△		

第2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

医療保険者名		医療保険被保険者証 記号番号	
特定疾病名			

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を、三条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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見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とに同意します。

本人氏名 三条 太郎

申請の理由

以前は歩行できていたが、2月1日脳梗塞で入院し、寝たきりになった。  
食事やトイレにも介助が必要になり、サービスを増やしたいため。

# <要支援1. 2の方の変更申請記入例>

## 認定調査について

認定調査は、申請後に調査員が訪問し、日常生活の状況について本人及び介護者の方からお話をお聞きするものです。原則として、月曜日から金曜日まで(午前9時～午後4時の間)で実施しています。また、所要時間は1時間程度です。

① 調査日程の連絡について

申請後、調査員から調査日時 of 相談のため、電話連絡をさせていただきます。月曜日から金曜日の日中(午前9時～午後5時の間)に確実に連絡のつく連絡先を記入してください。

フリガナ	サンジョウ イチロウ	本人から見た関係	長男
氏名	三条 一郎		
住所	〒 ※本人と同じ場合は記入不要です。		
連絡先	該当するものに○を付けてください。 自宅・ <b>携帯電話</b> ・勤務先(勤務先名: )		
	電話番号 090 (0000) △△△△		
	※上記で連絡がつかない場合 該当するものに○を付けてください。 自宅・携帯電話・勤務先(勤務先名: )		
	電話番号 ( )		
	連絡を行う際、都合の良い時間等があれば記入してください。 ( )		

② 上記の連絡先が家族以外の場合は、要介護認定の手続き上、家族の情報が必要となるため、以下の欄に記入してください。(①の連絡先が家族の場合は記入不要です。)

家族についての情報			
フリガナ		本人から見た関係	
氏名			
住所	〒 電話番号 ( )		

③ 心身の状態、申請の理由、サービスの利用等について記入してください。

<p>※要支援1・2の方の変更申請理由は、表面の下の欄外に記入してください。</p>
--