

介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

受付印

和歌山市長

次のとおり申請します。

記入例（本人様・代理人による）  
新規・更新申請

\*印欄は、記入しないでください。

申請事由	1 新規 2 前住所地引継 <b>③更新</b>	申請年月日	令和 5 年 00 月 00 日
申請者区分	B 1 本人 <b>②</b> 代理人 A 地域包括支援センター B 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設	氏名	和歌山 太郎 続柄 長男
申請代行事業者名称	該当に○（指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院） 代行事業者コード <sup>40</sup>		
申請者住所	〒 000-0000 和歌山市 00 町 00 番地 電話番号 <sup>50</sup> 073 <sup>55</sup> 400 <sup>60</sup> 0000		

被保険者番号	<sup>65</sup> 0000000	個人番号	000000000000000000
医療保険	保険者名 00000	保険者番号	0000000000
	被保険者証 記号 0000	番号	0000000 枝番 00
フリガナ	ワカヤマ ハナコ	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 <sup>75</sup> 1 <sup>2</sup> <b>③</b> <sup>76</sup> 00 <sup>75</sup> 00 <sup>80</sup> 00
氏名	和歌山 花子	性別	男 <b>④</b> 女
住所	〒 000-0000 和歌山市 00 町 00 番地 電話番号 <sup>82</sup> 073 <sup>87</sup> 400 <sup>92</sup> 0000		
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分 <b>①</b> 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
		有効期間	令和 00 年 0 月 0 日 ~ 令和 00 年 0 月 0 日
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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
過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院所の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	介護保険施設等コード	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
	000 病院 <sup>149</sup>		期間 0 0 0 ~ 0 0 0
	△△△ 病院		期間 0 0 0 ~ 0 0 0
<sup>148</sup> ①有 2 無			期間 ~ ~

* 調査委託先	* 調査委託先コード <sup>97</sup>
---------	--------------------------

主治医	主治医の氏名 <sup>108</sup> 和歌山 一郎	医療機関名	000 病院
医師依頼区分	所在地 〒 000-0000	医療機関コード <sup>138</sup>	
<sup>107</sup> ①主治医 2 指定医 3 提出済	和歌山市 00 町 00 番地	電話番号	073-400-0000

\* 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。(施設入所者は除く。)

2号被保険者（40歳から65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名
-------

同意書

介護サービス計画を作成する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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。

その他必要に応じて主治医意見書を記載した医師に要介護認定結果を提示することに同意します。

(同意いただける場合は)  
1. 有に○  
添付書類

<sup>245</sup> ①有 2 無

本人氏名 和歌山 花子 (代筆)

第1号被保険者  
第2号被保険者

介護保険被保険者証  
介護保険被保険者証 (交付を受けている方のみ)  
医療保険被保険者証

和歌山 太郎



介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

受付印

和歌山市長

次のとおり申請します。

記入例（事業所等による）  
新規・更新申請

\*印欄は、記入しないでください。

申請事由	1 新規 2 前住所地引継 <b>③更新</b>	申請年月日	令和 5 年 00 月 00 日
申請者区分	<b>⑤</b> 本人 2 代理人 A 地域包括支援センター <b>⑤</b> 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設	氏名	続柄
申請代行事業者名称	該当に○（指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院） 居宅介護支援事業所 オレンジケア 和歌山 太郎	代行業者コード	0000000000
申請者住所	〒000-0000 和歌山市00町00番地	電話番号	073-400-0000

被保険者番号	000000	個人番号	0000000000000000
医療保険	保険者名 00000	保険者番号	00000000
	被保険者証記号 0000	番号	0000000 枝番 00
フリガナ	ワカヤマ ハナコ	生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日 75 1 2 ③ 76 00 75 00 80 00
氏名	和歌山 花子	性別	男 女 ②
住所	〒000-0000 和歌山市00町00番地	電話番号	073-400-0000
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定場合のみ記入 要介護状態区分 ① 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 令和00年0月0日 ~ 令和00年0月0日	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入 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ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	介護保険施設等コード	期間
①有 2無	000 病院	140	年 月 日 ~ 年 月 日 0 0 0 ~ 0 0 0
	△△△ 病院		0 0 0 ~ 0 0 0

* 調査委託先	* 調査委託先コード 97
---------	---------------

主治医	主治医の氏名 <sup>106</sup> 和歌山 一郎	医療機関名	000 病院
医師依頼区分	所在地 〒000-0000	医療機関コード <sup>138</sup>	
<sup>107</sup> ①主治医 2 指定医 3 提出済	和歌山市00町00番地	電話番号	073-400-0000

\* 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。（施設入所者は除く。）

2号被保険者（40歳から65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名
-------

同意書

介護サービス計画を作成する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又は介護保険施設の関係人に提示することに同意します。  
その他必要に応じて主治医意見書を記載した医師に要介護認定結果を提示することに同意します。

（同意した場合は）  
1.有に○  
添付書類

245	①有 2無	本人氏名	和歌山 花子
			(代筆) 居宅介護支援事業所 オレンジケア
			和歌山 太郎

第1号被保険者 介護保険被保険者証  
第2号被保険者 介護保険被保険者証（交付を受けている方のみ）  
医療保険被保険者証