

市(介・松・北・神・東) / 介福 / 社協

松永医師 / むつケア / ああ介 / 施設 / 他()

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

福山市長 様 次のとおり申請します。

受付	被保険者証	入力
	有・失・2号 新規	
※届出包括・居宅・居宅(予防)・小規模・後日		

受付印	
申請 年月日	2026年 4月 1日

申請区分	新規 ・更新・区分変更・要介護新規・転入
------	-----------------------------

被保険者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号																	
	医療 保険	保険者名	福山市国保・広島県後期高齢・他(〇〇〇)										保険者番号	012345						
		被保険者 記号・番号	番号	01234567					記号	01234567			枝番	01						
	フリガナ	フクヤマ タロウ										性別	生年月日					年齢(申請時)		
	名前	福山 太郎										<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	昭和△△年××月×日					××歳		
	住所 (住民登録地)	〒721-0851 福山市東桜町3番5号										電話番号	(084) 928 - 1018							
前回認定	新規の場合は記入不要										年 月 日 ~ 年 月 日					転出元の自治体で申請中の場合申請日 年 月 日				
申請理由	※区分変更申請、要介護新規申請 の場合のみ記入 具体的な事情がある場合は、以下余白に記入 前回の状態に比べて (改善・悪化) したため																			

この欄は、本人申請以外の場合、記入してください。

申請 提出者	名前 又は 名称	代行事業所のみ該当する箇所にチェックしてください。(□地域包括支援センター□居宅介護支援事業者□指定 介護老人福祉施設□介護老人保健施設□介護医療院)										本人との 関係	妻						
	住所 又は 所在地	〒721-8501 福山市東桜町3番5号										ケアマネ 担当者名							
	住所 又は 所在地	〒721-8501 福山市東桜町3番5号										電話番号	(084) 928 - XXXX						

この欄は、認定審査会の資料となる「主治医意見書」を記入してもらう医療機関の情報を記入してください。

主治 医	医療機関名	〇〇病院					主治医の名前	広島 次郎			最終受診日	2026年XX月XX日						
	所在地	〒721-8501 福山市東桜町3番5号										電話番号	(084) 928 - 1173					

この欄は、第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。

特定疾病名																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

調査 場所	<input checked="" type="checkbox"/> 住民票の住所地	<input type="checkbox"/> 住民票の住所地以外										住所	電話番号() -							駐車場	あり	
	<input type="checkbox"/> 病院・施設											入院の場合	<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 療養			様方	なし					
※病院・施設のみ記入		入院(入所)年月日					退院(退所)予定年月日					<input type="checkbox"/> 退院日未定										
認定 調査 について	同席者	<input checked="" type="checkbox"/> 同席する		名前 福山 花子					続柄 妻			名前					続柄					
	<input type="checkbox"/> 同席しない		※同席者なしの場合、心身の状態についての聴き取りに対し十分に受け答えができるものとし、本人からのみ聴き取ります。																			
日程調整の 相手方	フリガナ	フクヤマ ハナコ										調査日の日程調整のため、調査員から事前に電話連絡(原則平日9時~17時)します。電話は申請受付から数日後になる場合があります。状況により、調査日は御希望に添えない場合がありますこと、御了承ください。										
	名前	福山 花子																				
	電話番号	(084) 928 - XXXX					続柄 妻															
介護サービス利用や病院受診など都合の悪い日に×や予定を記入	月	火	水	木	金	土	日	その他														
本人の状況等	●難聴 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → (□要筆談、□要手話通訳者、 <input checked="" type="checkbox"/> 不要)・□無 ●別室での聴き取り希望 <input checked="" type="checkbox"/> 有・□無																					
調査上の留意点	●同席者以外の方の聴き取り <input type="checkbox"/> 有 → 名前() 続柄() 電話番号() <input checked="" type="checkbox"/> 無																					
生活でお困りの点	●感染症 <input type="checkbox"/> 有() <input checked="" type="checkbox"/> 無 ●未告知の病名 <input type="checkbox"/> 有() <input checked="" type="checkbox"/> 無																					
希望するサービス	●ここの月以内の入退院 <input type="checkbox"/> 有 → 入院期間又は退院日() <input checked="" type="checkbox"/> 無																					
調査員に特に伝えておきたいこと																						
↓詳細は下記へ																						

大きな声でゆっくり話してください。

本人は何でもできると言うので玄関外で家族の話を聞いてください。

がん等(末期の状態であって、心身の状況が急激に変化する)のため、要介護認定の結果を急ぎます。

調査予定日

調査員名

裏面 同意欄あり 記入済

■同意欄

私は、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、主治医意見書、福山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、福山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、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者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(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。

あわせて、更新申請において、認定有効期間内に要介護認定・要支援認定が行われる場合は、申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人署名欄 福山 太郎 (代筆の場合でも記入)

(代筆の場合)

代筆者名前 福山 次郎

住所 福山市東桜町〇番〇号

本人との関係 子

※申請には介護保険被保険者証の添付が必要です。

(被保険者証が交付されている方)