記入例

（別紙）

介護保険　要介護認定・要支援認定　申請書（臨時取扱い用）

（宛先）　福岡市長

次のとおり申請します。

①～④（赤枠部分）はすべての申請区分で記入してください。

①	申請日	年　月　日		
②	申請区分	□新規　□更新　□区分変更　□転入　転出元市町村名：　異動日：　/		
被保険者	被保険者番号		個人番号	
	フリガナ		生年月日	明・大・昭　年　月　日
	氏　名		性　別	男　・　女
	住　所	（電話　）		
主治医	医療機関・施設の名称		氏名	
	所在地	（電話　）		
現在の入所・入院等の有無（短期入所を除く。）	有・無	入所・入院施設の名称 所在地 （電話		
③ 申請の理由（主な疾患名，心身の状況の変化等）	区分変更申請の場合　□状態悪化　□状態改善		認定調査の可否 可　・　不可 ※不可の場合，現在の認定の有効期間を6か月延長します。	

青枠は，更新申請の場合のみ記入してください。

介護サービス計画等の作成等、および診療上の参考のため、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、および主治医意見書を、福岡市から認知症対応型共同生活介護事業者、特定施設入所者生活介護事業者、居宅介護支援事業者、小規模多機能型居宅介護事業者、介護保険施設事業者、地域包括支援センター、介護予防支援事業者、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

更新申請については、要介護（要支援）認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護（要支援）状態区分の有効期間であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。

本人署名（記名押印可）　　代筆者氏名（本人署名欄を代筆した場合）　　本人との関係

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

④ 申請者	氏　名（担当者）	（本人との関係　）
	住　所	〒 （電話　）
	提出代行事業者名	右記の該当に○　指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設・地域包括支援センター

⑤は更新申請，区分変更申請の場合に記入してください。

※この欄は該当がある場合に記入してください。

⑤ 前回（現在）の認定	【状態区分】　要支援　1　・　2　　要介護　1　・　2　・　3　・　4　・　5　　非該当
	【有効期間】　年　月　日　～　年　月　日

※この欄は第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）のみ記入してください。

医療保険者		医療保険者番号	
特定疾病名		記号・番号	

以下は記入しないでください。

意見書	在　・　施 新　・　継	新規内訳	新規　他市住特転　生保継　要支要介	入力	受付	受付印
番号書類	有　・　無	調査	東　博　中　南　城　早　西			
身元書類	有　・　無		R2　え　ハ　福　居宅等			
			その他（　）			