

赤枠内: 全員記入

# 要介護認定申請書記入例

緑枠内: 該当者のみ記入

申請区分に「○」を付けて下さい  
「新規」: はじめての申請の方  
認定の有効期間が切れた方  
「更新」: 現在の認定を更新される方  
「変更」: 心身の状態の変化により、  
認定の見直しを希望される方

\* ご本人申請の場合は  
記入不要です。  
申請者の住所、氏名、ご  
本人との関係、日中連絡  
の取れる電話番号を記入  
して下さい。

\* ご本人申請の場合は  
記入不要です。  
ご家族等: 「代理人」  
事業所等: 「提出代行」  
に「○」を付けて下さい

介護保険要介護認定・要支援認定 **新規・更新・変更** 申請書  
次のとおり申請します。

※本人による申請の場合は記入不要です。 ↓ 申請年月日 年 月 日

申請者 代理人 ・ 提出 代行	事業者名	* 事業所より提出の場合のみ記入	
	住所	大熊町大字○○字●●123	
	氏名	大熊 次郎	本人
訪問調査を 調整する方	氏名	大熊 次郎	本人
	同席	希望する	希望しない
医療 保険 被保険者	被保険者番号	個人番号	
	保険者名	保険者番号	
	被保険者証 記号	番号	
	フリガナ	オオクマ タロウ	生年月日
氏名	大熊 太郎	性別	男
住所	〒979-13●● 福島県双葉郡大熊町大字○○字●●123		
(避難先住所)	〒970-1144 いわき市○○○○○ 県営○○団地3号棟 111号室 電話 090-1111-2222		
前回の要介護 認定結果等	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	
	転出元市区町村名	現在、転出元市区町村に要介護・要支援認定を申請中である、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 (申請日) 年 月 日 いいえ	
入院 または 入所先	名称	大熊総合病院	施設区分
	所在地	〒979-1300 大熊町大字○○○○○○○○	<input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input checked="" type="checkbox"/> 病院またはその他施設
	期間	令和3年1月23日 ~ 年 月 日	
主治医	主治医名	大川原 花子	医療機関名 大熊総合病院
	所在地	〒979-1300 大熊町大字○○○○○○○○	
		電話	0240-23-XXXX
区分変更理由	1 状態の改善 2 状態の悪化	具体的状況	
特定疾病名	脳血管疾患		

※認定事務を滞りなく進めるため、できるだけ事前に主治医の了解を得てください。

※2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。 ※医療保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。

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・要支援認定にかかる調査内容、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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は調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 **大熊 太郎**

\* 必ずご記入下さい。  
訪問調査の日程等を調整される方の氏名、本人との関係、同席希望の有無、電話番号をご記入下さい。本人が調整される場合には、本人氏名、電話番号をご記入下さい。

避難先住所を記入して下さい。入院や施設に入所していない場合には、こちらの住所に調査員が伺います。

\* 現在、入院や入所中の方のみ記入。  
入院または入所先施設の名称、所在地、期間を記入し、施設区分にチェックして下さい。

\* 必ずご記入下さい。  
大熊町から主治医宛に意見書の作成を依頼します。  
ご本人の状態を最も良く理解されている、かかりつけ医の医師名、医療機関名、所在地、電話番号を記入して下さい。

\* 40歳から64歳の方のみ記入。  
特定疾病名を記入し、医療保険被保険者証の写しを添付して下さい。

個人番号(マイナンバー)を記入して下さい。  
\* 記入がない場合は、こちらで確認させて頂きま  
すのでご了承下さい。

医療保険証に記載されている情報を記入して下さい。

上記の同意事項をお読みの上、  
本人氏名を記入して下さい。