

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	
訪問調査を 調整する方	氏名	大熊 次郎	
	同席	希望する	希望しない
医療保険 被保険者	被保険者名	被保険者証 記号	保険者番号 番号
	フリガナ	オオクマ タロウ	
氏名	大熊 太郎		生年月日
	住所		性別
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	
入院 または 入所先	名称	大熊総合病院	
	所在地	〒979-1300 大熊町大字○○○○○○○	
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○○○○○○○○○	
区分変更理由		1 状態の改善	2 状態の悪化
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。

※医療保険被保険者証のコピーを必ず添付してください。

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。