介護保険　要介護認定・要支援認定　申請書（記入例）

狛江市長　あて
次のとおり申請します。

申請区分	
	☐ 1. 新規　☐ 2. 新規（要支援⇔要介護への変更）　☐ 3. 更新
	☑ 4. 区分変更（要支援⇔要支援、要介護⇔要介護）　☐ 5. 転入継続

申請区分を選択してください。

個人番号(マイナンバー)を御記入ください。不明の場合は、空欄のまま提出いただいて構いません。

個人番号	△△△△△△△△△△△△				
被保険者	被保険者番号	0 0 0 0 0 △ △ △ △ △	申請年月日	令和〇　年　〇〇 月　〇〇 日	
	医療保険　保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	〇〇〇〇〇	
	被保険者記号・番号	記号　〇〇〇〇	番号　〇〇	枝番　〇〇	
	フリガナ	コマエ　タロウ	性別	☑ 男　・　☐ 女	
	氏　名	狛江　太郎	生年月日	昭和〇〇　年　〇〇 月　〇〇 日	
	住　所（住民票上）	〒　201-0003　電話番号　〇〇　（〇〇〇〇）　〇〇〇〇 狛江市和泉本町〇－〇－〇			
	現在の居住場所	☐ 自宅（同上）　☑ 病院　☐ 施設　☐ その他 〒　201-0003　電話番号　〇〇　（〇〇〇〇）　〇〇〇〇 狛江市和泉本町△－△－△　□□□病院　〇〇号室			

加入している医療保険情報を御記入ください。

住民票上住所に以外に滞在の場合、滞在場所をご記入ください。

主治医	医療機関名	□□□病院	診療科	△△　科	
	医師氏名	介護　一郎	直近の診察日　〇 月 〇 日	次回の診察日　〇 月 〇 日	
	所在地	〒　201-0003　電話番号　〇〇　（〇〇〇〇）　〇〇〇〇 狛江市和泉本町△－△－△　□□□病院			

主治医の了承を得てから、主治医氏名等を御記入ください。また、診察日を必ず御記入ください。

提出代行者	被保険者との関係	☑ 1. 家族　続柄（　長女　）　☐ 2. 居宅介護支援事業者　☐ 3. 地域包括支援センター ☐ 4. 介護老人福祉施設　☐ 5. 介護老人保健施設　☐ 6. その他（　　）
	氏名・名称	狛江　花子
	住　所	〒　201-0003　電話番号　〇〇　（〇〇〇〇）　〇〇〇〇 狛江市和泉本町〇－△－◇

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、医療保険被保険者証（写）を必ず添付してください。

特定疾病名	

2号被保険者（40～64歳の医療保険加入者）は、特定疾病名を御記入の上、医療保険の「資格情報のお知らせ」又は「資格確認証」（写）を添付、もしくはスマートフォン画面での「医療保険の資格情報画面」の提示をお願いします。

申請区分2又は4の場合のみ記入

変更申請の理由	☑ 前回認定時より著しく悪化　☐ 前回認定時より著しく改善　☐ その他 ※具体的に記入（いつからどのように身体状態・認知症状が変わったか、それによる介護の手間など） 4/15転倒し、入院。以降、身体状態悪化し、移動時介助を要するようになった。

介護サービス計画又は介護予防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狛江市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しくは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認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　ここは自署してください

認定を受ける御本人（被保険者）氏名を御記入ください。

◆認定結果、その他介護保険関係通知（保険料含む）送付先の変更を希望される場合のみ記入

〒＿＿＿＿＿＿　☑ 提出代行者と同じ

住所＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿

連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 今回の認定結果のみ　☑ 今後の介護保険関連通知全部

◆調査立ち会い希望

☐ あり　・　☐ なし

調査立ち会い希望される方の

氏名＿＿＿＿＿＿　続柄＿＿＿＿

日中の連絡先＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

調査立会いの有無を選択し、「あり」の場合は、立会者の氏名・続柄・連絡先を御記入ください。

提出代行者と送付先が同じ場合、☑ を記入し、住所等の記入は省略可能です。また、送付先変更希望時、今回結果のみ又は今後の介護保険関連通知全部を選択してください。