

介護保険 要介護・要支援 認定申請書の書き方

基本的に全項目への記入が必要です。ただし、①・②・③の場合は下記のとおり記入してください。

- ① 変更申請の理由→「変更申請の場合」のみ記入
- ② 上記住所に現在居住していない場合→「住所地以外に滞在している場合」のみ記入
- ③ 特定疾病（「医療保険」関係欄を含む）→「40～64歳までの方」のみ記入

※「40～64歳までの方」は医療保険証の写しを添付してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更）

中野区長あて

※申請時は介護保険被保険者証を提示してください

	被保険者番号	0 0 0 0 x x x x x x	申請年月日	平成 ▲▲年 ▲▲月 ▲▲日		
住民登録をしている住所地	フリガナ	ナカノ ハナコ	生年月日	明・大・◎ ▲▲年▲▲月▲▲日		
	氏名	中野 花子	年齢	XX 歳	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
	住所	中野区〇〇 x-x-x 電話 03 (xxxx) xxxx				
①変更申請の場合のみ、記入します	変更申請の理由	※変更申請の場合のみ記入				
②現在、上記の住所以外の場所にいる場合必ず記入してください	現在、上記の住所にいない場合	病院・施設等の名称、または寄留先（〇〇方等） ▲▲病院 病院・施設等の所在地、または寄留先住所 〒〇〇〇-xxxx 中野区〇〇 x丁目 x番地 x号 電話 03 (xxxx) xxxx 期間 入院入所（予定）：平成▲▲年▲月▲日 退院退所（予定）：平成▲▲年 ▲月 ▲日頃 未定				
本人・同席者の都合が把握できる方	フリガナ	ナカノ タロウ	本人との関係	面接調査の同席	<input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	
※連絡先が本人の場合でも記入してください	氏名	中野 太郎	子	同席	連絡先の方と同席者が異なる場合は、同席者の氏名を記入して下さい。 フリガナ 本人との関係 ()	
	1	03-xxxx-xxxx	自・勤・携・他()			
	2		自・勤・携・他()			
	備考	※電話は日中に連絡のつくものでお願いします。1・2の順番で連絡します。				
③40～64歳までの方は必ず記入をしてください	◆40歳から64歳の方は、必ず特定疾病名を記入し、医療保険証の写しを添付して申請して下さい。					
	特定疾病名					
	※※※※ これより上の部分は認定調査用の資料として写しを訪問調査員に交付することがあります ※※※※					
	医療保険者名	医療被保険者記号番号	資格取得日	昭・平 年 月		
	主治医氏名	フルネームで記入して下さい ▲▲ ▲▲	医療機関名	▲▲病院		最近の受診又は予定日
	所在地	〒〇〇〇-xxxx 中野区〇〇 x丁目 x番地 x号 電話 03 (xxxx) xxxx				
	に <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 現在入院中の病院、入所中の施設の医師（非常勤含む）				<input type="checkbox"/> それ以外の医師
	作成医師欄は申請者が記入して下さい。医師が記入する必要はありません。前回受診後暫く経過している場合は受診して下さい。					
意見書を作成してもらう医師名を記入します	氏名	中野 太郎	本人との関係	子		
	住所	〒〇〇〇-xxxx 中野区〇〇 x-x-x 電話 03 (xxxx) xxxx				
	代行の場合	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設				事業所・施設の印
	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、中野区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、事業者若しくは介護保険施設の関係人、要介護者、主治医意見書に記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示します。					
	被保険者氏名	中野花子	個人番号	x x x x x x x x x x		
	前回の要介護認定の結果	要介護度	有効期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
	区記入欄	区受付者	保険証押印	申請入力	審査予定日	意見書発送日

初めての申請、もしくは認定期間切れの方の申請は新規に○印

認定期間満了による申請は更新に○印

認定中の要介護度を変えたい場合のみ、変更○印

住民登録をしている住所地

①変更申請の場合のみ、記入します

②現在、上記の住所以外の場所にいる場合必ず記入してください

本人・同席者の都合が把握できる方

③40～64歳までの方は必ず記入をしてください

意見書を作成してもらう医師名を記入します

退院・退所の予定は必ず記入してください

希望する・しないのどちらかに必ず☑をつけてください

この欄に必要事項は、電

最近、受診した日 ※ 前回の受診から概ね1ヶ月以上経っている場合は、受診をお勧めします

理します。

申請書の提出代行は該当に☑をし、事業者印の押印が必要です

S C

未記入でも受け付けます。

被保険者氏名（介護保険のサービスを受ける方）を記入してください。

0000