介護保険　要介護・要支援　認定申請書の書き方

※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。

介護保険被保険者証の番号

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〇印

認定期間満了による申請は更新に〇印

住民登録をしている住所地

認定中の要介護度を変えたい場合のみ、変更に〇印

新規・変更申請の場合、理由を記入してください
分かる範囲で利用予定のサービスも記入してください

４０～６４歳までの方は必ず特定疾病名を記入してください
※また、医療保険証の写しが必要です

現在、上記の住所地以外の場所にいる場合必ず記入してください
病院または施設、寄留先等の名称、住所を記入します

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

本人・同席者の都合が把握できる方で、日中（概ね９時～５時）に連絡がつく連絡先を記入してください
※連絡先が本人の場合でも記入してください

意見書を作成してもらう医師名等を記入します
医師名はフルネームを記入してください
※この欄は医師ではなく申請者が記入します

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

情報提供に同意しない場合のみ、「同意しない□」の□に☑を入れてください

医療保険者名、個人番号等は記入不要

介護保険要介護認定・要支援認定申請書　（新規・更新・変更・平成

中野区長あて　　※申請時は介護保険被保険者証を提示して

被保険者番号	0 0 0 × × × × × × ×	申請年月日	令和 ▲▲ 年 ▲▲月 ▲▲日
フリガナ	ナカノ　ハナコ	生年月日	明・大・(昭) ▲ ▲ 年 ▲ ▲ 月 ▲ ▲ 日
氏　名	中　野　花　子	年　齢	×× 歳　性別　男・(女)
住　所	中野区〇〇　×－×－×	電話	03（××××）××××
新規・変更申請の理由 ※利用予定のサービスも記入	（例）脳梗塞で病院に入院し、歩行が困難となった。現在リハビリ中。自宅の住宅改修（廊下に手すりの取り付け）を希望。		
特定疾病名 ※40～64歳の方のみ記入	◆ 40歳から64歳の方は、必ず医療保険証の写しを添付して下さい。		

現在、上記の住所地以外の場合

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：中野区〇〇　×－×－×　電話 03（××××）××

期間　入院入所（予定）：▲▲年 ▲▲月▲▲日　退院退所（予定）：▲▲年 ▲▲月▲▲日頃　未定

フリガナ ナカノ　タロウ 氏　名 中野　太郎	本人との関係 子	面接調査の同席	☑ 希望する □ 希望しない
※電話 1	03－××××－×××× 自・勤・携・他（　）	連絡先の方と同席者が異なる場合は、同席者の氏名を記して下さい。	
※電話 2	090－××××－×××× 自・勤・(携)・他（　）	フリガナ 氏　名	本人との関係（　　）
備考	※電話は日中に連絡のつくものでお願いします。１・２の順番でご連絡します。		

※※※※　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。※※※※

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
所在地	中野区〇〇　×－×－× 電話 03（××××）××××		最新の受診日、又は予定日 ▲月▲日
該当に☑	□現在入院中の病院、入所中の施設の医師（非常勤含む）　□それ以外の医師		

意見書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

氏　名	中野　太郎	本人との関係	※ケアマネジャーの場合は施設・事業所名を記入 子
住　所	〒 〇〇〇－×××× 中野区〇〇　×－×－× 電話 03（×××）		
事業者による代行の場合	□地域包括支援センター　□居宅介護支援事業者　□介護保険施設　□その他（		

介護サービス計画の作成、総合相談支援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、本申請書に記載された内容、介護状況、介護認定審査会による判定結果・意見、要介護・要支援認定にかかる調査内容、及び主治医意見書の内容を、中野区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、家族、主治医意見書を記載した医師に対し、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。同意しない場合は□に✓をしてください。　同意しない□

前回の要介護認定の結果	要介護度	非該当　要支援 1・2　要介護 1・2・3・4・5	受付印
	有効期間	平・令　年　月　日 ～ 平・令　年　月　日	

医療保険者名　医療被保険者記号番号　資格取得日　個人番号

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	／	調査票発送日	／

0 0 0