

介護保険要介護・要支援認定申請書 記入例（表面）

介護保険要介護・要支援認定申請書

三浦市長

介護保険被保険者証を添付し、次のとおり申請します。

申請年月日 R8年5月1日

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| 介護保険被保険者番号    | 0000123456  | <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援から要介護へ区分変更<br><input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 要介護・要支援状態区分変更 |
| 個人番号          | 1234567891234   | 区分変更の場合<br>は理由を記入<br><b>状態の悪化のため</b>  |
| 被保険者名         | <input type="checkbox"/> 後期高齢<br><input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (〇〇健康保険組合) | 保険者番号 123456  |
| 被保険者証         | 記号・番号 12345・67  | 枝番 12   |
| フリガナ          | ミウラ タロウ   | 生年月日 S〇〇年5月1日   |
| 氏名            | 三浦 太郎   | 性別 男  |
| 住所            | 〒238-0123<br>三浦市 ●●町1番2号 ABCアパート102号 電話番号 046-●●●●-△△△△   |   |
| 要介護状態区分       | 1・2・3・4・5   | 要支援状態区分 1・2   |
| 前回の要介護認定等の結果等 | 効期間 R7年2月1日から R10年1月31日まで   |   |

|     |       |  |       |        |
|-----|-------|--|-------|--------|
| 主治医 | 医療機関名 | 三浦病院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院中   | 診療科名  | 内科     |
|     | 主治医氏名 | 介護 次郎  | 最終診療日 | R8年4月頃 |
|     | 所在地   | 〒238-〇〇〇〇<br>三浦市 ●●町 〇〇 1234 電話番号 046-▲▲▲-〇〇〇〇 |       |        |

|       |         |        |   |      |               |
|-------|---------|--------|---|------|---------------|
| フリガナ  | ミウラ ハナコ | 本人との関係 | 妻 | 電話番号 | 0※0-●●●●-△△△△ |
| 提出者氏名 | 三浦 花子   |        |   |      |               |

|                    |   |
|--------------------|---|
| 名称                 | 1 地域包括支援センター 2 居宅介護支援事業者 3 指定介護老人福祉施設 4 介護老人保健施設 5 介護療養病院 |
| 所在地                | 〒 電話番号  |
| 認定調査について提出代行者が行います | はい・いいえ (どちらかに○をつけてください)                                   |

※提出代行者が受託できる調査の申請区分は、更新申請または要介護・要支援状態区分変更申請に限りです。  
※本市と年度毎に認定調査業務委託契約の締結が必要です。新規に契約を希望される場合には認定担当まで申し出ください。  
※認定調査を受託する場合には、裏面の記載を省略できます。

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入  
※申請時に医療保険証、健康保険証登録されたマイナンバーカード、マイナポータルでの医療保険の資格情報、資格情報のお知らせもしくは資格確認書をご用意ください。

特定疾病名 関節リウマチ

介護（介護予防）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・要支援認定に係る調査内容、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、三浦市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅（地域密着型）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。

被保険者氏名 三浦 太郎 代筆者氏名・続柄 三浦 花子（妻）

|            |      |      |              |      |      |      |
|------------|------|------|--------------|------|------|------|
| 三浦市<br>確認欄 | 資格者証 | 同時申請 | マイナンバー<br>確認 | 2号確認 | 収納確認 | 情報開示 |
|------------|------|------|--------------|------|------|------|

(表面記載以外に申請に必要な事項を記入)

**申請書の提出に際して**

①「介護保険被保険者証」を添付してください。  
※紛失した場合には、再交付申請と同時に申請することができます。

②第2号被保険者の申請にあたっては、医療保険証、健康保険証登録されたマイナンバーカード、マイナポータルでの医療保険の資格情報、資格情報のお知らせもしくは資格確認書をご用意ください。必要に応じてコピーを取らせていただきます。なお、新規申請の方は、介護保険被保険者証の添付は必要ありません。

- 該当する申請区分を選んでください。区分変更の場合には理由を記入してください。
  - ご本人の氏名、住所、生年月日等を記入してください。第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の方は、下記の「申請書の提出に際して」の②をご確認ください。
  - 被保険者証を確認し、記入してください。新規に申請する場合は記入不要です。
  - 主治医の病院名、氏名、所在地、電話番号を必ず記入してください。
  - 申請者が本人以外の場合に記入してください。
  - 記入不要です。
  - 第2号被保険者の場合のみ、特定疾病名を記入してください。
  - ご本人が書けない時など、ご親族等が代筆できます。
- 裏面に進んでください。

# 介護保険要介護・要支援認定申請書 記入例（裏面）

1 保険者番号 0 0 0 0 1 2 3 4 5 6 氏名 三浦 太郎

○認定調査についてご記入ください。

## 1. 訪問先について

2 ① 調査を実施する場所（被保険者が現在生活している場所を下記①～③より選択して記入してください）  
 認定調査員が下記の場所へ訪問し、お身体の様子や生活状況等をご本人やお立会いの方に伺います。

① 自宅（住所地）（こちらにチェックされた場合記入不要です。）

② 入院・入所先

|   |      |
|---|------|
| 施設名<br><b>三浦病院</b>                          | 居室番号 |
| 病棟名（入院の場合記入）<br><b>東病棟 4F</b>               |      |
| 入退院（所）の予定<br><b>R8年4月20日 から R8年5月20日頃まで</b> |      |

③ その他

所在地  
（住所地ではない住宅等に居所がある場合に記載してください。）

## 2. 調査連絡先等について

3  被保険者本人（右の記載は不要） フリガナ ミウラ ハナコ  
 氏名 **三浦 花子** 被保険者との関係 **妻**

その他（右に記載）  
 〒 **238-0123**  
 住所 **三浦市 ●●町 1番2号 ABCアパート102号**

認定調査立会の希望  あり  なし

電話番号 **0×0-●●●●-△△△△**  
 ・平日の日中に連絡が取りやすい番号を記載してください

認定調査の都合の悪い日程等（通院・デイサービス等で不在の曜日を記載してください）  
 あり（ ● 曜日）  
 なし

1 ご本人の介護保険被保険者番号及び氏名を記入してください。

2 認定調査の訪問先に関する情報です。①～③のいずれかにチェックをし、②、③の場合には、その場所等を記入してください。

3 認定調査の日程調整をする方及び認定調査立会いする方について記入してください。ご本人や立会いされる方のご都合が難しい曜日があれば、記入してください。