

# 介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書【記入例】

## 介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

令和 00年 00月 00日  
 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】

申請者が本人の場合は、申請者欄は、氏名のみの記入でも構いません。

被保険者から見た関係を記入してください。

介護保険の保険証の番号(10ケタ)を記入してください。

電話は、本人または介護者と必ず連絡が取れる日中の連絡先を記入してください。

氏名・生年月日・年齢・性別・住所・電話番号個人番号(マイナンバー)を記入してください。

\*個人番号については、わからなければ空欄でかまいません。

病院または施設で調査を希望する場合は、入院(所)日および退院(所)日を予定を含み記入してください。

被保険者が住民登録地以外の場所に居る場合に記入してください。病院の場合は病室番号も記入願います。

何料を受診しているかも必ず記入してください。

変更、更新申請の場合は現在の認定結果等を記入して

受診状況を記入してください。

変更申請の場合は必ず変更の理由を記入してください。

第2号被保険者(40~64歳)の方の申請には、特定疾病(下記の16疾病)の記入と有効期間内の医療保険被保険証や資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルにおける医療保険資格情報画面のいずれかの提示、もしくは郵送の場合は写しの提出が必要です。

必ず医療機関名と主治医の氏名を記入してください。主治医は概ね3ヶ月以内に受診した現在の心身の状況がわかる医師を記入してください。主治医がいない場合は、ご相談ください。

本人同意のうえ代筆する場合は、代筆者の氏名と続柄を記入してください。

必ず立会い者の有り無しを記入してください。ご本人が調査や訪問時に対応できれば立会い者無しでも結構です。

同意文をよくお読みのうえ、同意する場合は、ご本人が署名してください。

調査時の立会いを希望する場合は、立会者氏名、本人との関係、電話番号、住所を記入してください。特に電話番号は必ず連絡が取れる日中の連絡先を記入してください。

連絡の時間帯や本人への病気の告知に関する事等、注意事項があれば記入してください。

- 【特定疾病】(国が定めた介護を必要とする状態となった原因の病気)
- ①がん【がん末期】(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。)
  - ②関節リウマチ
  - ③筋萎縮性側索硬化症
  - ④後縦靭帯骨化症
  - ⑤骨折を伴う骨粗鬆症
  - ⑥初老期における認知症
  - ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病【パーキンソン病関連疾患】
  - ⑧脊髄小脳変性症
  - ⑨脊柱管狭窄症
  - ⑩早老症
  - ⑪多系統萎縮症
  - ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
  - ⑬脳血管疾患
  - ⑭閉塞性動脈硬化症
  - ⑮慢性閉塞性肺疾患
  - ⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

フリガナ	コウトウ ハナコ	本人との関係	妻
氏名	江東 花子		
住所	〒135-8383 江東区東陽4-11-28 江東ハイツ101 電話 03-3647-9111		
被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	生年月日	明・大 昭12年 10月 10日
フリガナ	コウトウ タロウ	性別	(男) ・ 女
氏名	江東 太郎		
個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2		
住所	江東区東陽4-11-28 江東ハイツ101 電話 03-3647-9111		
被保険者の場所名称	長女宅(文化一子)	入院(所)日(予定を含む)	平成・令和 年 月 日
住所	江東区東陽4-11-3 電話 03-3647-0000		
要支援状態区分	1 2	要介護状態区分	1 2 3 4
有効期間	令和 年 月 日 から	令和 年 月 日	
医療機関名	総合区民病院	診療科	内科
主治医の氏名(フルネーム)	介護 保男	受診の頻度等	月・週 〇 回程度
所在地	36-0062 江東区大島4-5-1 電話 03-3637-XXXX		
第2号被保険者(40歳から64歳まで)で医療保険加入者は必ず記入してください。また、有効期間内の医療保険資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルにおける医療保険資格情報画面のいずれかの提示、もしくは郵送の場合は写しの提出が必要です。	被保険者証 記号	番号	枝
	特定疾病名 (第2号被保険者は記入必須)		
代筆者氏名	江東 花子		
日中連絡先電話番号	03-3647-0000、090-0000-0000		
住所	江東区東陽4-11-3		