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

殿

【　新規　・　更新　・　変更　】

次のとお　申請します。　　令和　〇〇年　〇〇月　〇〇

申請	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		

該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）

出代行者名称

電話

被保険者番号	0　0　0　0 1 2 3 4 5 6			
フリガナ	コウトウ　タロウ	生年月日	明・大・[✓ 昭] 12 年 10 月 10 日（〇〇	
氏名	江東　太郎	性別	[✓ 男]　・　女	
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	03-3647-911	
保険者の場所（を除く）	該当に○ → 自宅・施設・病院・[✓ その他]　※上記住所と違う場合は所在地等を記入　※入院は病室番号も記入 名称　長女宅（文化一子）　階　号室		入院（所）日（予定を含む） 平成・令和　年　日	
定調査を行う場所	住所　江東区東陽4-11-3　電話 03-3647-0000		退院（所）日（予定を含む） 令和　年　月	
在の認定結果等	要支援状態区分　1　2　　要介護状態区分　1　2　3　4　5 有効期間　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日			
更申請の理由（変更のみ）				

医療機関名	総合区民病院		最近の受診日	令和 00 年 00 月 00 日
フリガナ	カイゴ　ヤスオ	診療科	受診の頻度等	[✓ 月]・週　〇　回程度
主治医の氏名（フルネーム）	介護　保男	内　科		次回受診予定　0 月 0 日
所在地	〒136-0072 江東区大島4-5-1	電話　03-3637-X		

歳から64歳までの医療保険加入者のみ記入　　医療保険の被保険者証の写しを申請書に添えて提出し

険者名　　医療保険被保険者証記号番号

病名

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時は、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査
定結果・意見及び主治医意見書を、江東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、介護保
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出することに同意します。

名　江東　太郎　　代筆者氏名　江東　花子

査の立会い [✓ 有]・無（どちらかに○）	フリガナ	ブンカ　イチコ	本人との関係	長女
	立会者氏名	文化　一子		
	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		

メモ：訪問調　における注意事項等がありましたらご記入ください。

収受

受付	番号確認	本人確認	入
	番号カ 通知カ 住民票	番号カ　保 免許 他	

申請者の氏名（署名）・続柄・住所・電話番号をご記入下さい。
申請者の本人確認書類をお持ち下さい。（免許証、医療保険証等）

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。

提出代行の時は業者名・提出者氏名（署名）・電話を記入して、業者印を押印して下さい。

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

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・施設の場合は部屋番号も記入願います。
（調査をする場所です）

何科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）の記入と医療保険の保険証の写しの提出が必ず必要です。

必ず医療機関名と主治医の氏名（フルネーム）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。
主治医には、申請する旨を事前にご相談下さい。
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、代筆者の氏名を記入してください。代筆者はご親族でお願いします。

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。

必ず立会い者の有・無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

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こと等、注意事項があれば記入してください。

【特定疾病】（加齢との関係があり、介護が必要とする状態となった原因の疾病）
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