

受付印

## 介護保険 要介護(要支援)認定申請書

記入例

①申請年月日 令和●年●月●日

②申請区分

新規 更新 変更 転入

(あて先)松戸市長 次のとおり申請します。

③申請者氏名 (提出代行者)	松戸 花子	電話番号	047 ( × × × ) △ △ △ △
-------------------	-------	------	-----------------------

被 保 険 者	④被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	④個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	
	フリガナ	マツド タロウ			
	④氏名	松戸 太郎		④生年月日	昭和●●年●月●日
	⑤医療保険	保険者名	保険者番号		
		被保険者証	記号	番号	枝番
	⑥住所	〒271-8588 松戸市根本387-5 電話番号 047 ( × × × ) △ △ △ △ 携帯電話 090 ( × × × × ) △ △ △ △			
	⑦前回の要介護認定結果等	(1)要介護要支援更新・変更申請のみ記入	要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日		
		(2)転入者	14日以内に他自治体からの転入者のみ記入 受給資格証明書 有・無 転出元自治体(市区町村)名 ( ) 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ ※既に認定結果を受け取っている場合は「いいえ」を選択 ※「はい」の場合、申請日 年 月 日		
	⑧変更申請の理由				
	⑨過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等の入所・入院	介護保険施設の名称等・所在地	期間	令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日	
医療機関等の名称等・所在地		期間	令和●年●月●日 ~ 令和●年●月●日		
⑩備考	住民票以外のお住まい等				
⑪訪問調査に立会う家族等	氏名	松戸 花子	続柄	妻	※日中の連絡先 電話番号 047 ( × × × ) △ △ △ △ 携帯電話 090 ( × × × × ) △ △ △ △

⑫主治医	主治医氏名	根本 一郎	医療機関名	●●病院	診療科目	●●科
	〒271-0092	定期受診	<input checked="" type="checkbox"/> 有・無	受診月	前回●月	次回●月
	松戸市松戸○○○○	電話番号	047 ( △ △ △ ) ○ ○ ○ ○			

※ 第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ下記に記入してください。

⑬特定疾病名	
--------	--

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、若しくは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。

受付者	電算入力	⑭同意欄			
本人署名	松戸 太郎	代筆者氏名	松戸 花子	本人との関係	(妻)
		(本人署名欄代筆の場合)			

# 記入要領

## ①申請年月日

申請書を提出する日をお書きください。  
※郵送による提出の場合は、郵便が到着し、内容確認した日を申請日とします。

## ②申請区分

新規 更新 変更 転入 のいずれかに  を入れてください。

## ③申請者氏名

申請者の氏名・電話番号等をお書きください。

## ④被保険者番号・個人番号・氏名・生年月日

被保険者番号は介護保険被保険者証等で確認ができます。不明の場合は空欄でも構いません。  
個人番号（マイナンバー）は空欄でも構いません。

## ⑤医療保険

保険者名・保険者番号・被保険者番号等の資格情報は、マイナポータルや保険者から交付される「資格情報のお知らせ」「資格確認書」等で確認ができます。後期高齢者医療の方は記号・枝番がありません。

## ⑥住所

被保険者の住民票上の住所をお書きください。

## ⑦前回の要介護認定結果等

更新・変更申請の方は（１）、転入者の方は（２）に必要事項をお書きください。

## ⑧変更申請の理由

変更申請の方は「状態の改善」「状態の悪化」等の変更申請理由を必ずお書きください。  
※担当のケアマネジャーがいる場合は、予め相談をお願いします。

## ⑨過去６ヶ月の介護保険施設、医療機関等の入所・入院

現在入所・入院している場合は「〇年〇月〇日～入所中・入院中」とお書きください。

## ⑩備考

住民票以外の住まいにいる場合は、現在お住まいの住所等をお書きください。

## ⑪訪問調査に立会う家族等

日頃の状況を把握している方の立会いをできる限りお願いします。  
※どうしても立会う方がいない場合は「立会いなし」とお書きください。

## ⑫主治医

主治医氏名は、現在のお体の状態をよく知っている、かかりつけの医師がいる場合はその医師をお書きください。複数の医師に診てもらっている場合は、介護が必要な原因となっている疾病や負傷の状況等についてよく知っている医師をお書きください。  
定期受診とは、概ね３ヶ月以内に受診していることをいいます。  
※記載した主治医に、介護の認定に必要な主治医意見書を作成していただくため、申請時には３ヶ月以内の受診がある、もしくは近々受診の予定がある必要があります。

## ⑬特定疾病名

第二号被保険者（４０歳～６４歳の方）は特定の１６疾病のいずれかに該当していないと申請できません。主治医に確認のうえ、該当する疾病名お書きください。

## ⑭同意欄

本人署名欄を代筆する場合は、必ず「代筆者氏名」と「本人との関係」をお書きください。