

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書記入例

表面

担 任 係 長 課 長

① 介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書	
<input type="checkbox"/> 新規	<input checked="" type="checkbox"/> 更新
<input type="checkbox"/> 要介護状態・要支援状態区分変更	<input type="checkbox"/> 転入による 該当するものにレ印を付けてください。
(宛先) 川崎市 区長 次のおと申請します。	
申請日	令和 ○年 ○月 ○日
② 個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0
フリガナ	カイゴ ハナコ
氏名	介護 花子
生年月日	明・大(昭) ○年 ○月 ○日(○歳)
性別	男・女
住所	〒000-0000 川崎市○○区○○町 0-0-0 電話番号 044 (000) 000
代理人 (代理人が申請する場合のみ記入してください。)	氏名 介護 太郎 ④ 本人との関係 子 住所 ○○市○○町 1-1-1 電話番号 ○○○ (000) ○○○○
申請時の要介護状態区分等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5
有効期間	⑤ 令和 ○年 ○月 ○日 から 令和 ○年 ○月 ○日 まで
変更申請の理由	現在要介護認定・要支援認定を受けている方で、要介護状態・要支援状態区分の変更申請をする方のみ記入してください。 ⑥
過去6月間の入所・入院状況	⑦ あり なし
主治医	医療機関名 ○○病院 最後に受診した月 令和 ○年 ○月 次回受診予定 △月△日 所在地 〒000-0000 ○○市○○区○○町 0-0-0 電話番号 ○○○ (000) ○○○○ 診療科 整形外科 医師名 川崎 太郎 特定疾病名 第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入してください。 ⑨
私は、この申請に係る認定結果及び川崎市に届け出ている居宅介護(介護予防)支援事業所名を、この申請に際して意見を求めた主治医に提示することに同意します。 私は、認定更新申請から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。 ⑩ 本人氏名 介護 花子 (自署できない場合は記名押印してください。)	

自署であれば押印不要です。自署ができない場合は記名押印してください。

① 申請区分欄

新規 初めての申請、もしくは認定有効期間切れの場合。

更新 現在受けている認定有効期間の更新を申請する場合。

(有効期間満了日の60日前から申請が可能です。)

要介護状態・要支援状態区分変更

現在認定を受けている方が、心身の状態の変化等の理由により要介護状態区分の変更を希望する場合。

② 個人番号欄

個人番号を記入される場合は「本人の個人番号」と「本人の身元確認」ができる書類が必要となります。また、代理人による申請の場合は「代理権」「代理人の身元」「本人の個人番号」が確認できる書類が必要です。番号が分からない等、個人番号未記入の場合も申請を受理します。

※個人番号未記入の場合、各確認書類の提示は必要ありません。詳細は「マイナンバー(個人番号)の介護保険業務窓口での取扱いについて」を御覧ください。

③申請者記入欄

申請される方の氏名、住民登録地の御住所等を記入してください。

④代理人記入欄

代理人の方が提出する場合のみ記入してください。申請者本人が提出される場合は記入不要です。

⑤申請時の認定欄

申請書を提出する時点で認定を受けている場合は、その区分と有効期間を記入してください。

(新規申請の方は記入不要です。)

⑥変更申請の理由欄

「要介護状態・要支援状態区分変更」申請をする場合に、申請する理由を必ず記入してください。

⑦入所・入院状況記入欄

申請をされる前6ヶ月間に、入院や施設入所等があった場合、記入してください。

⑧主治医記入欄

申請される方の主治医（現在の御本人の心身の状態が分かる医師）の医療機関名、所在地、診療科、医師名、最後に受診した月、次回受診予定を記入してください。各区役所、地区健康福祉ステーションから主治医へ「主治医意見書」の作成を依頼します。

主治医意見書は、要介護認定のための重要な資料ですので、認定申請を行う旨の連絡をする等、日頃から主治医との連携を取っておくことが望まれます。

⑨特定疾病名記入欄

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入の方）は下記を参照し、該当する特定疾病名（16疾病）を記入してください。65歳以上の方は記入不要です。

【特定疾病】

- 1.がん末期
- 2.関節リウマチ
- 3.筋萎縮性側索硬化症（きんいしゅくせいそくさくこうかしょう）（ALS）
- 4.後縦靭帯骨化症（こうじゅうじんたいこっかしょう）
- 5.骨折を伴う骨粗しょう症
- 6.初老期における認知症（アルツハイマー病、脳血管性認知症など）
- 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
- 8.脊髄小脳変性症
- 9.脊柱管狭窄症
- 10.早老症（ウェルナー症候群）
- 11.多系統萎縮症（線条体黒質変性症、シャイ・ドレーガー症候群、オリーブ橋小脳萎縮症）
- 12.糖尿病性腎症、糖尿病性網膜症及び糖尿病性神経障害
- 13.脳血管疾患（脳出血、脳こうそく など）
- 14.閉塞性動脈硬化症
- 15.慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息など）
- 16.両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

⑩本人同意欄

同意内容をお読みいただき、御本人による自署をしてください。自署ができない場合は記名押印してください。

被保険者氏名	
--------	--

⑪	医療保険者名	〇〇〇 〇〇〇	医療保険者番号	△△△△△△
	医療保険被保険者証記号番号	あ〇〇 123		

⑫	提出代行者	該当するものに○印を付けてください。			
		(指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・地域包括支援センター・その他 ())			
	名称				
	所在地				
	電話番号	()			
	事業所番号				

認定調査についての希望等記入欄	
訪問日時	① 都合の悪い日 ○月○日(△) 午前・午後 ⑬ ② 特に希望しない。
訪問先	(自宅・施設・病院・その他) 自宅を希望される場合は、建物の名称も記入してください。 住所 〒000-0000 ○〇市○町 ⑭ 名称 ○〇ホーム 病棟及び部屋番号 病棟 2 階 ○〇 号室 電話番号 ○〇〇 (000) ○〇〇〇
調査の立会い	① 希望しない。 ② 希望する。 立会人の氏名 介護 太郎 被保険者との関係 子 ⑮ 電話番号 ○〇〇 (000) ○〇〇〇 (昼間連絡をとることができる電話番号を記入してください。)
家族等連絡先 (代理人と同じ場合は記入の必要はありません。)	住所 〒 氏名 被保険者との関係 ⑯ 電話番号 ()
その他 (心身や生活の状況等を記入してください。)	⑰

注 太枠内のみ記入してください。

区役所記入欄

受付日	資格登録日	入力日	証回収	済・未
意見書入力	新規	在宅	資格者証	済・未
	継続	施設		送付先変更
備考	本人のいないところでの聞き取りを希望 (する ・ しない)			

⑪医療保険内容記入欄

加入している医療保険の内容を記入してください。

⑫提出代行者記入欄

提出代行される場合は記入してください。(本人申請、または代理人申請の場合記入不要です。)

⑬訪問日時記入欄

調査員が訪問するのに都合の悪い日が分かっている場合は記入してください。

⑭訪問先記入欄

調査員が訪問する先を必ず記入してください。

⑮調査の立会い記入欄

認定調査の際、調査立会いを希望する場合は必ず記入してください。

⑯家族等連絡先欄

家族連絡先を記入してください。(代理人と同じ場合は記入不要です。)

⑰その他欄

申請者御本人について、心身の状況や生活の状況等を記入してください。