

## 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書の記入について

**記入例** 介護保険 要介護認定・要支援認定 (1) (新規・変更) 申請書  
みなべ町長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 令和〇〇年 〇〇月〇〇日

2	介護保険 被保険者番号	3 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
3	医療保険 被保険者証	和歌山県後期高齢者医療広域連合・みなべ町	保険者番号	39303912・300350	
被 保 険 者	フリガナ	ミナベ タロウ	生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日	
	氏名	みなべ 太郎	性別	男・女	
	住所	〒645-0000 和歌山県日高郡みなべ町△△△123-4 電話番号 0739-△△-△△△△			
4	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 ② 3 4 5	要支援状態区分 1 2	有効期限 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日	
5	サービスの利用状況	デイサービス 週2回(月・木) ショートステイ 月3日			
6	申請理由	〇〇により身体機能が低下し、介護量が増加したため			
7	過去6ヶ月間の介護保険施設	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日	
	医療機関等入院、入所の有無	医療機関等の名称等・所在地	期間	〇年 〇月 〇日～〇年 〇月 〇日	
	有・無	〇〇病院	期間	年 月 日～年 月 日	
	有・無		期間	年 月 日～年 月 日	
8	名称	該当に〇(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・介護医療院)			
	住所	〒 電話番号			
9	主治医	主治医の氏名	〇〇先生	医療機関名	〇〇病院△△科
		所在地	〒000-0000 〇〇市△△000-0 電話番号 △△△-△△-△△△△		
10	第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入	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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、みなべ町が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は、介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報をみなべ町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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

11 本人氏名 **みなべ 太郎**

- 申請区分:該当する申請区分を「〇」で囲む  
※ 更新申請は記入不要
- 介護保険被保険者番号:介護保険被保険者証に記載されている10桁の番号を記入
- 医療保険:加入している医療保険者名・記号番号等を記入
- 前回の介護認定の結果等:現在の認定区分と期間を記入  
※ 新規申請は記入不要
- サービスの利用状況:介護保険サービスを利用している場合は、サービス名や回数等を記入
- 申請理由:身体状況の変化や利用を希望している介護サービスなど、簡潔に記入  
※ 更新申請は記入不要
- 過去6か月間の施設利用・入院の有無:ショートステイは除く、利用がなければ記入不要
- 提出代行者:ケアマネジャーや介護保険施設等の職員が提出を代行する場合に記入  
※ 本人または家族が申請する場合は記入不要
- 主治医:総合病院など複数の診療科がある医療機関の場合は、医療機関名欄に診療科名も記入
- 特定疾病名:第2号保険者(40歳以上65歳未満)の方で、特定疾病により要介護認定を受ける場合は記入  
※ 特定疾病とは、加齢と関係があり、要支援・要介護状態の原因となる心身の障害を引き起こす疾病のこと(脳血管疾患等)
- 本人氏名:同意内容を確認のうえ、本人氏名を記入