

介護保険

要介護認定・要支援認定  
介護更新認定・要支援更新認定

申請書

記入例

次のとおり申請します。

申請年月日 ○○年○○月○○日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号	
医療保険 被保険者名	保険者番号		
医療保険 被保険者証	記号	番号	枝番
フリガナ	タカハギ ハナコ		生年月日 昭和○○年○○月○○日
氏名	高萩 花子		性別 <input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒318-8511 高萩市春日町3丁目10番地 電話番号 0293-00-0000		
家族等連絡先	氏名(高萩 太郎) 続柄(長男) 電話・携帯(090-0000-0000)		
前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 <input checked="" type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	要支援状態区分 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/>	有効期限 令和○年○月○日 から 令和○年○月○日
※14日以内に 他自治体から 転入した場合 のみ記入	転出元自治体(市町村)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。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい(申請日 年 月 日) ・ いいえ		
過去6月間の 介護保険施設・ 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地 特別養護老人ホーム○○ ○○市○○町○○番地	期間	令和○年○月○日～令和○年○月○日
<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地 ○○病院 ○○市○○町○○番地	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	年 月 日～年 月 日

【被保険者番号】 被保険者番号は、介護保険被保険者証に記載されています。

【申請年月日】 申請年月日は市役所へ届け出た日になります。

【個人番号】 マイナンバーを記入してください。

【医療保険被保険者番号等(医療機関を受診する際に使用する保険証です)】  
令和4年4月1日より第1号被保険者(65歳以上の方)についても医療保険被保険者番号等の記入が必須となりましたので、必ず記入してください。(内容確認のため、医療保険被保険者証をご持参いただくか、コピーを添付してください。)※第2号被保険者はこれまでどおり、記入が必要です。

【被保険者氏名・フリガナ・生年月日・性別・住所】  
被保険者本人の氏名等をご記入ください。住所は本人が住民登録している住所を記入してください。現在生活しているところが住所地と異なる場合(例えば親類の家等)は、現在生活しているところの住所もあわせてご記入ください。また、電話番号はご自宅の固定電話または被保険者本人と連絡が取れる電話番号を記入してください。

【家族等連絡先】  
被保険者本人が記入した場合は、本人以外のご家族等の氏名・続柄・電話/電話等を記入してください。代理で記入された場合は、代理記入した方の氏名・続柄・電話/携帯等(昼間つながる番号)を記入してください。※電話/携帯等は平日の日中連絡のとれる電話番号を必ず記入してください。

【前回の要介護認定の結果等(要介護・要支援更新認定の場合のみ記入)】  
前回、判定された状態区分や有効期間について記入してください。  
高萩市に転入し、前の住所地で要介護・要支援認定を受けていた方も記入してください。

【介護保険施設等への入所(過去6か月間)】  
過去6か月の間に、介護保険施設等に入所したことがある場合、その介護保険施設等の名称と入所していた期間を記入してください。(有料老人ホーム・高齢者住宅・グループホーム等に入所されている場合も記入してください)

【医療機関等への入院(過去6か月間)】  
過去6か月の間に、医療機関等に入院したことがある場合、その医療機関等の名称と入院していた期間を記入してください。

【過去6ヶ月間介護保険施設・医療機関等入院入所の有無】 「有」・「無」のどちらかに○をつけてください。

提出代行者 名称	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・介護医療院)
提出代行者 住所	〒 電話番号

事業者等が提出代行する場合は必ず  
押印をお願いいたします。



【提出代行者】  
事業者等法人としての申請ではない方(ご本人。ご家族等)は記入不要です。  
※地域包括支援センター/事業者等が提出代行する場合に使用する欄です。

主治医 主治医の氏名	花貫 次郎 医師	医療機関名	○○病院
主治医 所在地	〒○○○-○○○○ ○○市○○町○○番地	電話番号	0293-00-0000

【主治医】  
高萩市から主治医宛に意見書の作成を依頼します。提出する前に必ず主治医に相談の上、主治医の氏名・医療機関名・所在地を正確に記入してください。更新の方は前回申請時の主治医が記載されています。変更がある場合は、二重線で訂正し、余白に現在の主治医を記入してください。

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	※40歳から64歳までの方のみ記入
-------	-------------------

【特定疾病名】  
40歳から64歳までの方のみ記入してください。

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、及び主治医意見書を、高萩市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。

本人氏名 高萩 花子  
代筆者 高萩 太郎 (続柄 長男)

【認定結果の通知に関する同意】  
必ず被保険者の本人氏名を自署してください。代筆の場合は、代筆者の氏名・続柄を記入してください。  
※地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等に対して、認定調査や主治医意見書の内容、要介護認定・要支援認定申請に基づいた認定結果等の情報を提供する際の同意になります。