

記載例

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

区分変更申請の際は、いずれか一つを選択してください。

申請書には、認定を受ける人の「介護保険被保険者証」を添付してください。

第1号被保険者も記入は必須です。
「健康保険被保険者証、医療被保険者証、資格確認書」等を確認し記入してください。
生活保護受給中の場合は「生活保護」と

規・更新・変更

☐支1⇔支2
☐支⇔介
☐介⇔介

・転入等

マイナンバーの記載が難しい場合、

申請年月日 令和 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

※裏面もご記入下さい

認定を受ける人（被保険者）	被保険者番号	0 0	1 2 3 4 5 6 7	個人番号（マイナンバー）	1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1							
	医療保険	保険者名	北海道後期高齢者医療広域連合 〇〇〇〇健康保険組合 等		保険者番号	3 9 0 1 〇 〇 〇 〇 0 6 X X X X X X 等						
	被保険者証	記号	〇 〇 〇 〇 〇		番号	22222222		枝番	〇 〇			
	64歳以下の方は記入 ※医療保険証の写しを添付		特定疾病名									
	フリガナ		アサヒカワ ハナコ									
	氏名	旭川 花子				生年月日	明・大 昭 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		男・女	電話番号 〇〇-〇〇〇〇		
	住所	〒 070-0000 旭川市7条通9丁目48番地				被保険者証に記載されている内容を記入してください。						
前回の認定結果	要介護 1・2・3・4・5 有効期間 平成 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 〇 年 〇 月 〇 日				要支援 1・2 非該当 申請歴なし							
変更申請の理由（変更申請の方のみ記入）	☐ 状態の悪化 ☐ 状態の改善				※具体的状況（いつからどのように身体状態・認知症状が変化したか、それによる介護の手間など） 申請区分が「変更申請」の場合、チェックと理由を記入してください。							

主治医	医療機関名	〇〇〇病院		診療科	整形外科		主治医氏名（フルネーム）	北海道 一郎	
	所在地	〒 〇〇〇- 旭川市〇〇町〇丁目〇番〇〇号		最終受診日	令和 〇 年 〇 月 〇 日頃		電話番号	〇〇-〇〇〇〇	
	・今回の申請について主治医は意見書の作成を了承していますか。 ☒ 了承している ☐ 承していない → 必ず、主治医に意見書作成の了承を得て下さい。								

訪問調査について	日程調整の連絡先	フリガナ	アサヒカワ タロウ		同席者	同席者氏名				
	氏名	旭川 太郎		本人との関係	旭川 太郎 施設 次郎					
	日中	〇-〇〇〇〇〇〇		自宅（携帯）勤務先	②（ ） - 自宅・携帯勤務先					
	調査場所	名称	有料老人ホーム〇〇館		この欄に記載の住所へ、調査に伺います。	☐ 自宅 ☒ 入所先 ☐ 病院 ☐ その他（ ）				
	(入院等の場合)期間	〇 年 〇 月 〇 日 ~ 年 月 日		部屋番号	2 階 201 号室					
	サービス利用状況	☒ サービスを利用中 ・ ☐ サービスを利用していない ・ ☐ 暫定プランで利用中								
	駐車場	☒ あり（注意点等：来客者用スペースに駐車して下さい） ☐ なし								
都合の悪い曜日・時間帯（該当する時間帯に×を記入）	月曜		火曜		水曜		木曜		金曜	
調査時の留意事項	難聴があるため大きな声で質問して下さい。 本人との面談後、別室にて家族や職員から聞き取りをお願いします。 日程調整及び調査時に配慮が必要な事項を記入してください。									

同意事項	以下のことに同意します。									
	1. 主治医より、実施した要介護認定・要支援認定がある時は、当該事項について医療機関に提示する。本人が署名することが難しい場合は、提出者に代筆いただき、代筆者署名もご記入ください。									
	2. 更新申請において、認定有効期間内に要介護とその理由の通知（延期通知）を省略すること。									
本人署名		旭川 花子		代筆者署名		旭川 太郎		【裏面に続きます】		

○本人の場合は氏名のみ記入してください。
○本人以外の方が提出される場合は下記の項目全てに記入して下さい。

窓口に来た方	フリガナ	アサヒカワ タロウ	本人からみて	☐ 同居家族 具体的な間柄(子・嫁など)	
	氏名	旭川 太郎		☒ 別居家族 (夫)	☐ その他 ()
	電話	〇〇〇〇-〇〇-〇〇〇〇	提出 代行者	☐ 地域包括支援センター	☐ 介護保険施設等
	事業所名	☐ 指定居宅介護支援事業者 ☐ 医療機関			
	住所	旭川市7条通9丁目48番地			

○訪問調査の参考にさせていただきますので、下記の質問にお答えください。

本人について	申請理由	きっかけ	申請を勧められて() けが・病気(転倒し左大腿骨を骨折。歩行が難しくなった) いつ頃から： 令和3年5月 加齢・その他()			
		困りごと	例) 買い物・掃除・通院・ベッド・車いす・手すり・リハビリ・デイサービス 等 現在の施設に引き続き入所し、支援を受けながら生活したい。			
	同居の有無 (在宅の場合)	☐ 独居 在宅生活されている方のみチェックをしてください。 配偶者・孫・父・母・他()				
	本人の状態	受け答え	☒ できる	☐ 簡単なことに限られる	☐ 難しい	☐ その他()
		聴 力	☐ 普通	☐ 普通の声がやっと聞こえる	☒ 大きな声なら聞こえる	☐ ほとんど聞こえない
歩 行		☐ できる	☒ 杖や歩行器など使用	☐ 車椅子を使用	☐ 車椅子でも困難	
一番近いと感じる状態に チェックをしてください。		☐ できる	☒ 時々失敗がある	☐ 声かけや見守りが必要	☐ 介助が必要	
	☒ なし	☐ 置き忘れなどが目立つ	☐ 最近のことがわからない	☐ すぐに忘れる		

○他自治体(市区町村)から14日以内に転入した方のみ記入してください。

転出元自治体名〔	〕
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
「はい」の場合は申請日	： 令和 年 月 日

備考欄(旭川市記入)

支所	受付者	申請者登録	メモ入力