

介護保険要介護認定・要支援認定申請書の書き方

第21号様式（法規則第35条、第49条関係）

介護保険（要介護認定・要支援認定・要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

多摩市長 殿
次のとおり申請します。

申請者氏名	多摩 太郎	申請年月日	〇年〇月〇日
提出代行者名称	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・指定介護療養型医療施設・介護支援センター） ①	本人との関係	子（長男）
申請者住所	申請者が被保険者本人の場合は記載不要 〒206-0000 多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号	電話番号	042 (000) 0000

②被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	③個人番号	
フリガナ	タマ ハナコ	生年月日	昭和 10年 0月 00日
氏名	多摩 花子	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>
④住所	〒206-0000 多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号	電話番号	042 (000) 0000
⑤連絡先住所	〒	電話番号	
⑥連絡者氏名	同上 多摩 太郎		090 (0000) 0000
⑦前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 / 要支援状態区分 1 2		
⑧（要介護・要支援更新認定の場合のみ記入）	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで		
⑨介護保険施設入所の有無（短期入居を除く。）	入所施設名	〇〇ホーム	
	所在地	多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号	
	無	1 自宅 2 入院 病院名（ ） 電話番号（ ）	

⑩主治医 該当に〇（有・無）	医療機関名	〇〇病院		
	診療科目名	内科	主治医の氏名	介護 一郎
	所在地	〒206-0000 多摩市〇〇丁目〇番地〇—〇号	電話番号	042 (000) 0000

⑪医療保険者名称	番号（ ）	医療保険被保険者証記号番号	記号 番号
----------	-------	---------------	-------

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

⑫特定疾病名	
--------	--

介護（予防）サービス計画及び支援計画を作成するため必要な場合は、次の1に掲げる認定に係る情報を、多摩市から次の2に掲げる事業者等の関係者に提示することに同意します。

- 1 調査内容、主治医意見書並びに介護認定審査会の判定結果及び意見
- 2 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

⑬本人氏名 多摩 花子

①事業者が提出を代行する場合

提出代行者欄に、事業者が記して提出してください。

②被保険者番号

『介護保険被保険者証』の表紙に記載されている10ケタの番号をご記入ください。

③個人番号（マイナンバー）

被保険者本人の個人番号（マイナンバー）をご記入ください。記入した場合はマイナンバーカード等にて番号確認が必要になります。

※更新・変更申請の場合は記入の必要はありません。

④住所（住民登録地）

住民票上の住所を記入してください。

⑤連絡先

申請した方や家族等、問合せ先を記入してください。

⑥前回の認定結果

新規申請の場合は記入の必要はありません。更新・変更申請の方は、『介護保険被保険者証』の2ページに記載されている「要介護状態区分」、「認定の有効期間」をご記入ください。

※変更申請の場合は、変更申請用の申請書に記入し提出してください（申請をする理由をご記入ください）。

⑦主治医

現在のかかりつけ医の名前、診療科名、医療機関名、所在地をご記入ください。主治医が複数いる場合には、特に介護が必要とする状態に至った病気について、日ごろから受診している医師名をお書きください。

しばらく受診していない場合や、入院中で病状不安定の場合、退院の見込みが未定の場合、転院の予定がある場合等は、主治医意見書作成について主治医にご相談の上、申請をしてください。

⑧医療保険者名称

加入している医療保険について記入してください。第2号被保険者の方は医療保険証のコピーの提出もお願いします。

⑨2号被保険者

40歳から64歳までの医療保険加入の方は、介護保険法で定められた特定疾病名をご記入ください。

⑩同意欄

本人氏名の欄にご本人（認定を受けようとする方）のお名前をご記入ください。

※認定結果は、原則被保険者本人宅へお送りしております（送付先変更届をいただいている場合は届出の通り）。

今回のみ送付先の希望がある場合は、その旨をメモなどでお知らせください。

裏面に続きます

認定調査確認票

*該当するものにチェックしてください

多摩市介護保険課

新規 更新 区分変更(現在要支援) 区分変更(現在要介護)

認定調査対象者 (被保険者氏名)	多摩 花子		記入者	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (西・東・多・中・北・愛・他) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他()		
区分変更申請理由 ※区分変更の方のみ	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> その他(理由:)					
利用したいサービス(利用中のサービスも含む)	<input checked="" type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> (看護)小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他()					
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居(夫婦のみ) <input type="checkbox"/> 同居(その他)					
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(自宅の場合はチェックのみ) <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 ⇒ ・名称() 階 病棟) <input type="checkbox"/> その他() ・住所() ・電話() ・入院または入所日 (年 月 日) ・退院または退所予定日(年 月 日 ・未定)					
調査同席有無 ※こちらに記載されている連絡先に、日程調整の連絡をします	<input type="checkbox"/> なし 日程調整先: (本人・病院・施設)		<input checked="" type="checkbox"/> あり 氏名: 多摩 太郎 (本人との関係) 夫 連絡先: ① 〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇 ② - -			
調査希望日 ※原則、土・日・祝日は調査不可	本人・同席者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい					
	月	火	水	木	金	備考
午前					×	
午後	×					
身体状況	・介護に至った病名または症状 () ・本人に告知していない病名 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()					
調査時留意事項	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 <input type="checkbox"/> 認定結果が決定する前にサービス利用予定(新規・区分変更の方のみチェック)					
申請に至った経緯 ※現在の心身の状態、病状(入院中の場合は入院理由を含む)及び申請した目的等をご記入ください						
その他、注意する点や事前に伝えたい点等があればご記入ください			ケアマネ・包括 担当者	市記入欄 受付者		
						<input type="checkbox"/> 郵送

この確認票を記入した方

調査を受ける方の氏名です。

調査を受ける場所にチェックしてください。
病院・施設の場合は、具体的に必要事項を記入してください。

調査に同席する方の有無を記入してください。
◆「なし」の場合は、本人のみの調査となります。
どなたと日程を調整したらいいかを記入してください。
→ 本人、病院、施設、ケアマネ……等
◆「あり」の場合は、本人または、同席される方と日程調整をさせていただきます。

本人・同席者の都合の悪い曜日に×をつけて下さい。

わかる範囲で記入してください。

申請に至った経緯を記入してください。
例えば・・・病院の相談員より申請の話があった
引き続きデイサービスを利用したいため 等

調査員に伝えたいことがあれば、
記入してください。
例えば・・・「介護保険の調査」と言わないでほしい
大きな声で話してほしい 等