

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	○年○月○日
提出代行者名称	該當に○（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） ①		
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○○丁目○番地○一○号	電話番号	042 (000) 0000

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・女	
被保険者住所	〒206-0000 多摩市○○丁目○番地○一○号			電話番号	042 (000) 0000
連絡先住所	〒 同上			電話番号	090 (0000) 0000
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			（要介護・要支援更新認定の場合のみ記入）	
介護保険施設入所の有無（短期入所を除く。）	有	入所施設名	○○ホーム		
	所在地	多摩市○○丁目○番地○一○号			
	無	1 自宅 2 入院 病院名（ ）	電話番号（ ）		

主治医該当に○（有・無）	医療機関名	○○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○○丁目○番地○一○号	電話番号	042 (000) 0000	

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				

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

⑩ 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。

⑨ 2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

■記入例

認定調査確認票

*該当するものにチェックしてください。①

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）

1. 認定調査対象者 (被保険者氏名) ②																							
2. 記入者 ③	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（西部・東部・多摩センター・中部・北部・愛宕・その他）																						
3. 利用したいサービス (利用中のサービスを含む) ④	<input 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 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（ ）																						
4. 家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（夫・妻・子・きょうだい・その他（ ））																						
5. 調査場所 ⑤	<input 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 <input type="checkbox"/> その他（ ） ※病院・施設・その他の場合は以下を記入 ・名称（ ） ・住所（ ） ・電話番号（ ） ・入院または入所日（ 年 月 日） ・退院または退院予定日（ 年 月 日・未定）																						
6. 調査同席有無 ⑥	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (ありがない) ・日程調整先（本人・病院・施設） ・氏名：（本人との関係） ・連絡先 ①（ ） ②（ ） ③（ ）																						
7. 調査希望日 ⑦	※訪問にあたり、本人・同席者の都合が悪い曜日があれば×をつけてください。 <table border="1"> <tr> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>備考</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>					月	火	水	木	金	備考	午前						午後					
月	火	水	木	金	備考																		
午前																							
午後																							
8. 身体状況 ⑧	・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（ ）																						
9. 調査時留意事項	<input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆記が必要 <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を利用予定 ※新規・区分変更の方のみチェック																						
10. 区分変更申請理由 ※区分変更の方のみ ⑨	<input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> その他																						
11. 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	(区分変更の方は、項目10を選択した理由を簡潔にご記入ください。) ⑩																						
12. 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 ⑪			ケアマネ・包括担当者	市記入欄受付者	<input type="checkbox"/> 郵送																		

① 申請区分について、該当するものにチェックしてください

② 認定調査対象者（被保険者氏名）

→ 調査を受ける方の氏名を記入してください

③ 記入者

→ 該当するものにチェックしてください

④ 「利用したいサービス」「家族状況」

→ 該当するものにチェックしてください

⑤ 調査場所

→ 調査をする場所（訪問先）にチェックしてください

病院・施設・その他の場合は、名称以下も記入願います

⑥ 調査同席有無

→ 調査に同席する方の有無等を記入してください

・「なし」の場合

⇒ 日程調整の連絡をする方と連絡先を記入してください

・「あり」の場合

⇒ 同席される方について記入してください

日程調整は同席の方と行わせていただきます

⑦ 調査希望日

→ 本人や同席者の都合の悪い曜日があれば×をつけてください

⑧ 身体状況

→ わかる範囲で記入してください

⑨ 区分変更申請理由

→ 該当するものにチェックした後、その理由を「11.申請に至った

経緯」にを記入してください

⑩ 申請に至った経緯

→ 申請区分に関わらず、経緯を記入してください

例：病院の相談より申請の話があった、デイサービスを利用したい等

⑪ その他、注意する点等

→ 調査員に伝えたいことがあれば、こちらに記入してください