

【記載例（介護認定申請書）】

介護保険〔認定・更新認定・区分変更認定〕申請書

実際に申請された方の
・氏名 ・本人との関係 ・住所 ・電話番号

いずれか当てはまるものに、○をつけてください。

申請者氏名	申請年月日		年	月	日
提出代行者 名称	本人との関係				
申請者住所	マイナンバー (12ケタ)を 記入してください。		電話番号		

申請日を記入してください。

《介護保険被保険者証》の被保険者番号を記入してください。

マイナンバー
(12ケタ)を
記入してください。

被保険者 (申請者が本人の場合、住所・電話番号不要)	被保険者番号		個人番号	
	医療保険	保険者名	保険者番号	
	被保険者証	記号	番号	枝番
	フリガ	生年月日	大・昭	年 月 日
	氏	男 ・ 女		
	住	更新・区分変更の方は、現在の要介護状態区分と有効期間の終了日を記入してください。		
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4
	〔変更・更新の場合のみ記入〕	有効期間	年 月 日	
介護保険施設 入所の有無 (短期入所を除く)	入院、入所施設名			
	施設所在地			

《医療保険被保険者証》の情報を記入してください。
国民健康保険または、後期高齢者医療保険加入者は記入不要です。

更新・区分変更の方は、現在の要介護状態区分と有効期間の終了日を記入してください。

主治医	主治医の氏名	医療機関名
	所在地	電話番号

2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	
-------	--

【かかりつけ医】または【現在の本人の心身の状態がわかる医師】の
・氏名 ・医療機関名 ・所在地 ・電話番号
を記入してください。

介護サービス計画の作成、介護保険事業の適切な運営の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、支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業者若しは、介護認定申請書を記載した医師又は認定審査会に提出した調査員に提示することに同意します。

第2号被保険者（40～64歳の方）のみ、
・該当する特定疾病名
を記入してください。

本人氏名

被保険者（介護を受けている方）のお名前を記入してください。（代筆可）