

**記入例（要支援から区分変更）**

介護保険 **要介護認定・要支援認定** 申請書  
要介護更新認定・要支援更新認定

東海村長 様  
 次のとおり申請します。 申請年月日 令和8年4月1日

介護保険 被保険者番号	0000012345	個人番号	
医療保険 保険者名	〇〇健康保険組合		
医療保険 被保険者 記号・番号	※記載方法が不明な場合は未記入の状態 <sup>〇</sup> で提出してください 記号 ※記載不要 番号 0000 枝番 ※記載不要		
フリガナ	トウカイ ハナコ	生年月日	昭和50年4月1日
氏名	東海 花子	性別	男・女
住所	〒319-1112 東海村東海3丁目7番1号 ※連絡先：東海 太郎（夫） 090-0000-0000 電話番号 029-282-1711		
現在の区分と有効期間を記載してください。	※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 2 3 4 5	要支援状態区分 1 2
認定の結果等	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日	
過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
	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	期間 R8年3月1日～ 年 月 日	
	医療機関等の名称等・所在地	期間 年 月 日～ 年 月 日	
有・無	〇〇病院（2階 東病棟）		

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・介護医療院） 東海 太郎（夫）		
提出代行者 住所	〒319-1112 東海村東海3-7-1 電話番号 090-0000-0000		

主治医	主治医の氏名	茨城 花子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒319-0000 東海村〇〇〇〇	電話番号	029-000-0000

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	脳血管疾患
-------	-------

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  
 る意見書、東海村が提供を受けた介護サービス計画及び介  
 護施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、東海村  
 サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施  
 事業者、地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予  
 師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援  
 ことに同意します。  
 本人氏名 東海 花子 代筆 東海 太郎（夫）

- ★窓口を持ってくるもの★**
- ・認定申請書
  - ・介護保険被保険者証（黄緑色）
  - ・提出者の身分確認ができるもの（運転免許証等）
  - ・(40～64歳の方のみ) 医療保険に加入していることが確認できるもの

要支援を受けている方が区分変更する場合は新規申請扱いとなります。上段に〇をつけてください。

申請日（窓口提出日）を記入してください。（郵送の場合は原則消印日が申請日となります。）

加入している医療保険の保険者名・保険者記号・番号を記載してください。また、2号被保険者（40～64歳の方）のみ医療保険に加入していることが確認できる書類をあわせて提出してください。（例）「資格情報のお知らせ」「資格確認書」等  
 ※マイナ保険証に登録されている方は窓口でマイナポータル画面を確認させていただきます。  
 【確認手順】マイナポータルアプリを起動→「登録・ログイン」→4桁の暗証番号を入力→マイナンバーカードを読み取る→トップページの「健康保険証」を選択 <https://img.myna.go.jp/manual/03-01/0169.html>

本人の電話番号を記入してください。  
**【記載の注意】**  
 ・認定調査の日程調整先が本人の番号と異なる場合は、別途連絡先を記載してください。  
 ・本人が別の場所にいる場合は、別途本人がいる住所（調査場所）を記載してください。なお、入院中の場合や特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院に入所中の方は別に記載いただく箇所がありますので、記入は不要です。  
 （例）実際は住所地とは別の娘宅に住んでいて、そこで調査希望の場合⇒余白に娘の住所地を記載してください。  
 （例）住所地とは異なる有料老人ホームに入所している場合⇒余白に有料老人ホーム名と住所地を記載してください。

過去6ヶ月において特別養護老人ホーム・老人保健施設・介護医療院に入所していた場合は、施設名・所在地と入所期間を記入してください。

過去6ヶ月において入院していた場合は、医療機関名・所在地と入院期間を記入してください。  
 調査を病院で行う場合は、病棟名もご記入ください。

本人の代わりに申請書を提出される方の「氏名（所属がある方は所属）」、「本人との関係性」、「住所」、「電話番号」を記入してください。※窓口で身分確認をさせていただきます。身分証を持って窓口に来てください。

主治医意見書を病院に依頼するため、かかりつけ医についてご記入ください。  
 ※しばらく病院に行っていない等、受診期間が空いてしまう場合はご相談ください。

40歳から64歳で、特定疾病に該当する方のみ、特定疾病名を記入してください。

**★窓口に出す前に確認すること★**

- ・ケアマネージャーがいる方は、申請を出す前に必ずケアマネージャーと相談してください。
- ・本人とケアマネージャーの重複申請が増えていきます！申請前は誰が申請書を出すかよく確認をして提出してください。

中身をよくご確認いただき、原則本人が署名してください。代筆の場合は、本人氏名と代筆者氏名を記入してください。