【記入例】

護・要支援認定申請書

【新規】初めて、もしくは認定期間切れの場合
【更新】現在受けている認定の有効期間の更新をする場合
【区分変更】
現在要介護の認定を受けている方が、心身の状態等の変化により 要介護度の変更を希望する場合
【新規(要支援から要介護への区分変更)】
現在要支援の認定を受けている方が、心身の状態等の変化により 要介護への変更を希望する場合

提出する日

申請年月日　令和〇 年 〇 月 〇 日

者行為（交通事故等）が一因ですか？（どちらか一方に〇）
はい・いいえ　事故発生日　年　月　日

※該当するものにチェック☑を付けてください。

☐新規　☐新規(要支援状態から要介護状態への区分変更)　☑更新　☐区分変更　☐転入継続（

※転出元自治体において認定申請中ですか（　はい　・　いいえ　）　※「はい」

個人番号の記載がなくても受付ができます。記載した場合は、裏面に記載した書類を提出してください。

被保険者	介護保険被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	個人番号
	医療保険	☐ 医療保険証　別添のとおり　※添付の場合は保険者名～番号枝番までの記載は不要です	
	保険者名	☑瑞穂市　☐本巣市　☐北方町（市町国保加入の方） ☐岐阜県後期高齢者医療　☐その他（　）	保険者番号
	被保険者証	記号　※保険証	枝番　※保険証にない場合は不要
	フリガナ	モトス タロウ	生年月日　昭和〇 年 〇 月 〇 日
	氏名	もとす太郎	性別　男・女
	住所	〒 501-0466　本巣市下真桑1000番地	電話番号（ 058 －〇〇〇 －〇〇〇〇）
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2	
		有効期間　令和〇 年 〇 月 〇 日 ～ 令和〇 年 〇 月 〇 日	
	変更申請の理由	※申請区分のチェック☑が「新規(要支援状態から要介護状態への区分変更)」「区分変更」の場合のみ記入	
	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	有・無　介護保険施設の名称　電話番号（　－　－　）　日	
		医療機関等の名称等　〇〇病院　電話番号（058 －〇〇〇 －〇〇〇〇）　期間　令和〇年 〇 月 〇 日 ～令和〇年 〇 月 〇 日	

区分変更、新規(要支援状態から要介護状態への区分変更)の場合、その理由を記載してください。 例：骨折して歩けなくなった。など

過去６カ月間に入院、入所していた場合は記載してください。

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院（ 整形外 科）
	所在地	〒 本巣市〇〇〇〇番地		

主治医の名前、医療機関を記載してください。
現在の心身の状況を最もよく把握している医師を記載してください。

今回の申請で、被保険者の窓口となる方の連絡先及び留意事項	連絡先住所　〒 501-0466　本巣市下真桑1000番地	
	連絡先氏名　もとす花子	(続柄　長女) 電話番号（ 090 －〇〇〇〇－〇〇〇〇）
	[留意事項] 平日13時以降であれば電話に出られます	

訪問調査の日程調整等をするために、平日の日中に連絡が取れる電話番号を記載してください。何か都合がある場合は、留意事項に記載してください。

第２号被保険者（４０歳から６４歳の医療保険加入者）のみ記入　※医療保険証の写しを必ず添付してください

特定疾病名	

４０歳～６４歳の方のみ記載してください。
下記の１６の特定疾病名の該当するものを一つ記載してください。
●がん ●関節リウマチ ●筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靱帯骨化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症
●初老期における認知症 ●進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
●脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●早老症 ●多系統萎縮症 ●脳血管疾患
●糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ●閉塞性動脈硬化症
●慢性閉塞性肺疾患 ●両則の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性膝関節症
※４０歳から６４歳の方は医療保険証の写しの添付が必要です。

※本人及びご家族の方が提出される場合、提

提出代行者	名称	該当する所に〇(地域包括支援センター・居宅介
	住所	〒　電話番号（　－　－　）

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調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、もとす市の連合から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、[illegible]ます。

ケアマネ、施設の職員等が代わりに申請する場合は記載してください。
本人・家族・知人等が申請する場合は記載不要です。

本人氏名　もとす太郎

被保険者の名前を記載