

記入例

申請の際には
介護保険被保険者証
を添付してください
(転入の方は不要)

該当するチェックボックスに☑を入れる
 ◇新規→初めての申請、または有効期限切れで新たに申請される方
 ◇更新→既に認定を受けており、引き続き介護保険サービスを利用される方
 ※次の有効期間開始日は「現認定の有効期間満了日翌日」になります。
 ◇変更→有効期間満了前に心身の状態が変化し、要介護状態区分の変更を希望される方
 ※次の有効期間開始日は、要介護状態区分が変わった場合「申請受付日」、
 または「認定日」になります。
 ◇転入→転入された方

令和8年4月改定様式

介護保険要介護・要支援認定申請書

申請区分 新規 更新 変更 変更 転入

(あて先) 豊中市長 次のとおり申請します。 提出日: 年 月 日

☑に✓を入れる

被保険者番号	100	個人番号(マイナンバー)	
フリガナ	カイゴ 介護	イチロウ 一郎	生年 月日
氏名	豊中市〇〇町△-□-×		
住所(住民登録地)	マンション名・施設名		
連絡先	電話番号 ※右詰で記入	〇 × 〇 - △ △ △ △ - × × × ×	
現在の認定結果	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで
変更申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 状態の悪化 <input type="checkbox"/> 状態の改善	具体的に	両足の筋力低下が進み、歩行が困難になってきたため

現在の要介護認定の結果を
✓する

変更申請の方のみ、
どちらかの☑に✓し、
理由を記入

☑に✓を入れる

☑に✓を入れる

認定調査を住民登録地以外
(病院、施設、家族宅等)
で行う場合に記入

☑に✓を入れる

訪問調査に つ	調査の立会者	<input checked="" type="checkbox"/> 有 氏名 介護 花子	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 親族(続柄:)
	本人(本人のみ)	<input type="checkbox"/> 無 事業所名	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設・病院職員
日程調整の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 氏名	<input type="checkbox"/> 同居者 氏名	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他()
調査先住所	豊中市〇〇町〇-×-□	施設・病院名	〇〇病院
病棟・階部番号等		3階〇〇号室	

介護にかかる状態について
主治医意見書の記入を依頼
する医師
(1名・名字のみ可)

40歳~64歳(第2号被保険者)の方は特定
疾病名と医療保険番号
(わかる方)を記入し
てください。
※裏面にある「第2号被保険者の方」の欄を
確認してください。

ケアマネジャーや主治医
等に認定調査や主治医意見
書・介護度などの情報を提
供してもよい場合に署名

主治医	医療機関名	〇〇病院	フリガナ	豊中
所在地	豊中市〇〇町〇-×-□	電話番号 ※右詰	〇 × 〇 - □ □ □ □ □ - △ △ △ △	
医療保険者名	〇〇健康保険組合	医療保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	記号 △△ 番号 ×× 枝番 □□
特定疾病名	〇〇〇〇〇〇〇	※40歳~64歳の医療保険加入者(第2号被保険者)は特定疾病名を記入し、医療保険の資格確認方法を選択してください。		
介護サービス計画の作成等の介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、豊中市が提供を受けた介護サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防サービス事業者もしくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業に係る医師または認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護を行う場合を含む。)ことに同意します。	被保険者署名 介護一郎			

又申請代理人	氏名または事業所名等	介護太郎	本人との関係	子	担当名	
住所または所在地	☑ 同上					
電話番号 ※右詰	〇 × 〇 - □ □ □ □ □ - × × × ×					

