

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)

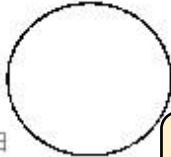
該当するチェックボックスに☑を入れる  
 ◇新規→初めての申請、または有効期限切れで新たに申請される方  
 ◇更新→既に認定を受けており、引き続き介護保険サービスを利用される方  
 ※次の有効期間開始日は「現認定の有効期間満了日翌日」になります。  
 ◇変更→有効期間満了前に心身の状態が変化し、要介護状態区分の変更を希望される方  
 ※次の有効期間開始日は、要介護状態区分が変わった場合「申請受付日」、  
 または「認定日」になります。  
 ◇転入→転入された方

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: 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被保険者番号	1 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1
フリガナ	カイゴ イチロウ	生年	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	介護 一郎	年月日	〇〇年 〇〇月 〇〇日 〇〇歳
住所 (住民登録地)	豊中市〇〇町△-△-△		
連絡先	電話番号 ※右詰で記入	マンション名・施設名 〇〇マンション	
現在の認定結果	要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	有効期間	〇〇年 〇〇月 〇〇日
変更申請の理由	要介護 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	状態の改善	〇〇年 〇〇月 〇〇日
	<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



☑に☑を入  
れる

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

☑に☑を入  
れる

認定調査を自宅以  
外(病院、施設、  
家族宅等)で行う  
場合に記入

40歳~64歳  
の方のみ記入  
医療保険者証  
の添付が必要

有 <input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ	カイゴ	ハナコ	<input checked="" type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族(続柄: )
無 <input type="checkbox"/>	氏名	介護	花子	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 施設・病院職員
	住所または 事業所名	<input checked="" type="checkbox"/> 同上			
	電話番号	〇 6 - 〇 〇 〇 〇 - △ △ △ △			
本人 <input checked="" type="checkbox"/>	フリガナ			<input type="checkbox"/> 配偶者	<input type="checkbox"/> 親族(続柄: )
同居者 に同じ <input type="checkbox"/>	氏名			<input type="checkbox"/> ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 施設・病院職員
その他 <input type="checkbox"/>	住所または 事業所名	<input type="checkbox"/> 同上			
	電話番号	-			
調査先住所	豊中市△△町〇-〇-〇				
※住民票の住所と 異なる場合に記入	電話番号	〇 6 - 〇 〇 〇 〇 - × × × ×			
	施設・病院名	〇〇病院		病棟・階 部屋番号等	3階南 302号室
	【退院予定日】	月 日 <input checked="" type="checkbox"/> 未定 ⇒退院後、自宅での調査になる場合があります。			

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)

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

医療機関名	〇〇病院	フリガナ	トヨナカ	診療科目	整形外科
所在地	豊中市△△町〇-〇-〇		主治医名	豊中	
	電話番号	〇 6 - 〇 〇 〇 〇 - × × × ×			
<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所	最近の診察日・入院日 〇〇年 〇〇月 〇				

■40歳~64歳までの医療保険加入者(第2号被保険者)のみ記入し、医療保険者証のコピーを添付してください。

特定疾病名	医療保険者	記号	番号
	医療保険者番号		

提供の情  
同報意の

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・要支援認定に係る調査内容、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、豊中市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、サービス事業者も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に提示することに同意します。

被保険者署名 介護 一郎

■本人以外が申請書を提出する場合はご記入ください。

又申 は請 代 理 代 理 人 行 者	氏名または 事業所名等	〇〇〇ケアプランセンター	本人との関係	ケアマネジャー	担当者名
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> その他				
	住所または所在地	<input checked="" type="checkbox"/> 同上 豊中市△△町〇-〇-〇			
	電話番号 ※右詰	〇 6 - × × × × - 〇 〇 〇 〇			

認定調査を行う前に  
伝えておきたい情報を記入

※ 新規の申請に至った理由や認定調査時に配慮してほしいことなどについてお聞かせください。

1. 新規申請の理由

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. 認定調査時に配慮してほしいこと (がん等の進行性の疾患であり本人に未告知の場合や、認知症状がある場合など)  
認知機能の低下が見られるため、日常のことについてはご家族の方に十分に聞き取りを行ってください。

\_\_\_\_\_

3. 現在治療中の病気などはありますか。可能な範囲でお聞かせください。

- 脳梗塞     骨折(部位: \_\_\_\_\_)     がん(部位: \_\_\_\_\_)  
 結核     認知症

※感染症の恐れがある疾患(かいせんなど)にかかっている場合は、申請時にご相談ください。

- 入院・転院・手術予定等 (具体的に: \_\_\_\_\_ 股関節にかかわる手術を検討している) )  
 その他 (具体的に: \_\_\_\_\_)

□に✓を入れる

※40歳から64歳の方(第2号被保険者)

1 筋萎縮性側索硬化症	8 早老症	12 閉塞性動脈硬化症
2 後縦靭帯骨化症	9 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症 及び糖尿病性網膜症	13 関節リウマチ
3 骨折を伴う骨粗鬆症		14 慢性閉塞性肺疾患
4 多系統萎縮症	10 脳血管疾患	15 両側の膝関節又は股関節に 著しい変形を伴う変形性関節症
5 初老期における認知症	11 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症	
6 脊髄小脳変性症	及びパーキンソン病	16 ガン末期
7 脊柱管狭窄症	(パーキンソン症候群は該当しない)	

● 主治医に関しては、日ごろ本人の心身の状況をよく知った医師(1名のみ)を記載の上、介護認定の申請をした旨を主治医へお知らせください。また、過去3か月以内に受診の無い方は、速やかに受診してください。  
● 法定後見人の方が、本人署名欄に本人名を代筆される場合  
○ 家庭裁判所が発行する審判書、又は法務局が発行する登記事項証明書のいずれかのコピーに、内容に相違ない旨を記入し、記入日、署名または記名・押印があるものを、申請書と併せてご提出ください。  
● 申請代理人とは家族・法定後見人等で、本人に代わって申請される方であり、提出代行者とは介護保険法で定められている代行者(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設)で、本人の申請の意志を確認し、手続きを代行に行う方です。

その他、記載する事項があれば記入

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

個人番号確認  
 個人番号カード  
 その他

受付者 \_\_\_\_\_ 入力者 \_\_\_\_\_

申請書受理後の流れ

- 記載の主治医あてに市役所より主治医意見書を送付しますので、主治医に要介護認定の申請をした旨を伝え、問診票を提出してください。
- 「日程調整の連絡先」で記載された方あてに、訪問調査日の調整の連絡が入ります。