

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請  
(新規・更新・転入)

記入例

あきる野市  
次のように  
◎ 介護保険  
② 被保険者番号を記入してください

① 申請日を記入

申請日 令和〇〇年〇月〇日

被保険者番号 000123456 個人番号  
③ マイナンバーを記入してください

医療保険 保険者名 保険者番号  
被保険者証 記号 番号  
フリガナ アキルノ タロウ 生年月日 明・大・昭  
④ 医療保険者証の番号を記入してください

氏名 あきる野 太郎 性別 男  
住所 〒197-0814 あきる野市二宮350 電話番号 042 (1111) 1111  
⑤ 住所・氏名・電話番号を記入

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  
有効期限 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日

前回の要介護認定の結果等  
14日以内に地方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 令和 年 月 日

⑥ 6カ月前から現在までの入院、施設入所の有無を記入 ※最新の状況を記入してください。

過去6月間の介護保険施設・医療機関等の入所・入院の有・無(短期入所を除く)  
有 名称 期間 年 月 日～  
無 所在地 現在入院中 退院予定有 年

主治医 医療機関名 主治医

⑦ 病院と主治医について記入

診療科目名 直近の受診日 令和 年 月

所在地 〒 電話番号 ( )

提 かりつけの病院と主治医を記入してください。  
注：主治医に記入してもらう必要はありません！

特 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  
※40歳～64歳の方のみ記入

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、あきる野市から地域包括支援センター、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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従提示することに同意します。また、認定結果が非該当・要支援1・要支援2のときは、あきる野市から地域包括支援センターに結果を伝えることに同意します。

⑧ 本人氏名に名前を記入 代筆の場合は、代筆者の氏名も記入

本人氏名 あきる野 太郎 (代筆者氏名) あきる野 花子

◎認定調査に立ち会いされる方の連絡先を記入してください。

住所 同上  
氏名 あきる野 花子  
電話 同上 123-4567-8910  
本人との関係 妻

⑨ 立ち会いをされる方の連絡先を記入  
※携帯電話をお持ちの方は、携帯電話の番号もあわせてご記入ください。  
※施設職員立ち合いの場合も記入してください。

事務局使用欄 受付者 案内 備考  
① 裏面のアンケートもご記入ください。  
②+意見書