

記入例

(あて先) 立川市長
次のとおり申請します。

介護保険 要介護・要支援認定 申請書 要介護認定申請書R8.4.1

[**新規** ・ 更新 ・ 変更 (いずれかに○)] 申請日 **令和 8 年 4 月 1 日**

認定を受けようとする方(被保険者)	フリガナ 氏名	フリガナ タチカワ ハナコ 氏名 立川 花子	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 1 2 3
	個人番号 <small>※記入しなくても受け付けます</small>		生年月日	明・大・ 昭 15 年 1 月 1 日(86歳)
	住所 <small>※住民登録地</small>	立川市泉町〇〇-〇 電話番号 042 (523) 2111		
	現在の生活場所 <small>※住民登録地にお住まいでない方 ※入院・入所(通所・短期利用は除く)されている方</small>	現在お住まいの住所 病院・施設所在地 立川市錦町●-●-●		
	医療保険	病院名	病棟名	A病棟
		施設名	電話番号	042 (△△△) ▲▲▲
	入院(所)	R8 年 3 月 20 日(頃)から	退院(所) 予定	月 日頃まで / □無 / <input checked="" type="checkbox"/> 未定
	医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 □国民健康保険 □生活保護 □その他→〔医療保険者名称〕 〔保険者番号〕 〔記号〕 〔番号〕 〔枝番〕		
	現在の要介護認定 <small>※更新・変更申請の方のみ</small>	要介護・要支援状態区分	要支援 □1 □2 / 要介護 □1 □2 □3 □4 □5 / □事業対象者	
	有効期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
現在、介護保険サービスを	<input type="checkbox"/> 利用している <input checked="" type="checkbox"/> 利用していない ↓申請理由を記入			
申請理由 <small>※更新申請でサービス利用中の方のみ記入不要</small>	◆治療中の病気、身体の状態、日常生活で困っていること、希望する介護サービスなど◆ 右大腿骨骨折により入院中。退院して自宅へ戻るのに備えて、住宅改修、車椅子のレンタルなどをしたいため。			

記入された医療機関に、立川市から意見書の作成を依頼します。あらかじめ先生に「意見書の記載をお願いします」とお伝えください。

主治医	医療機関名	〇〇病院	診療科	整形外科	医師氏名	砂川 太郎
	所在地	〒190-0022 立川市錦町●-●-●				
	<input checked="" type="checkbox"/> 入院中 □施設入所中(施設医)	電話番号		042 (△△△) ▲▲▲		
	□定期通院・往診 →	最終受診日	年 月 日	次回受診(予定)日	月 日	

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入し、資格確認書をお持ちの方はコピーを添付してください。

2号	特定疾病名	
----	-------	--

この申請書を提出される方が被保険者ご本人以外の場合はご記入ください。

申請書提出者	提出者氏名	立川 太郎	ご本人との関係	長男
	提出者住所	〒 同上 電話番号 □□□ (■■■) □□□		
	提出代行者名称 <small>※事業者が提出する場合</small>	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設)		

認定調査に関する希望	調査にご家族などの同席を希望しますか?	<input checked="" type="checkbox"/> する / □ しない 調査は平日昼間に行います		
	同席される方のご連絡先 <small>※調査日程の調整をします</small>	調査に関する希望 <small>※調査員に伝えておきたい事、配慮してほしい事 ※都合の悪い日</small>		
	フリガナ 氏名	フリガナ タチカワ タロウ 氏名 立川 太郎	ご本人との関係 (長男)	
	電話番号	□□□ (■■■) □□□ 自宅・ 携帯 ・勤務先		

署名 (下記に同意します)	本人氏名	立川 花子	代筆者氏名	立川 太郎	ご本人との関係	(長男)
	□下記に同意しないので署名しません		受付印(介護保険課)	受付印		

介護(介護予防)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又は緊急対応が必要と認められる場合において、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、主治医意見書、申請者以外の家族連絡先、契約居宅サービス事業者、立川市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防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、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若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・日常生活支援相互事業を行う者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示等する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む)こと、また、高齢者の障害者控除対象者認定のための要介護認定情報調査に同意します。

申請書の書き方

「新規」「更新」「変更」のいずれかに○

介護保険被保険者番号

・『介護保険被保険者証』(青い保険証)の表紙に記載されている10ケタの番号を記入。

個人番号

・個人番号の記入がなくても申請書は受付できます。

現在の生活場所

・①現在病院に入院している方、②施設に入所中の方、③住民登録地と異なる住所地にお住まいの方は、現在いらっしゃる場所の連絡先を記入。
・入院(所)日・退院(所)の予定も記入。

医療保険

・加入している医療保険に のチェック。
・「その他」に のチェックをした場合は、『医療保険(資格確認証)』の情報を記入。

現在の要介護認定

※新規申請の場合、「要支援・要支援状態区分」のチェックは不要。「有効期間」の記載も不要。
・現在、介護保険サービスを利用しているかどうか のチェック。

申請理由

・申請理由を具体的に記入。
・変更申請の方は、状態悪化や状態改善等の内容を詳しく記入。
(記載例) 認知症が進行し、トイレの後始末など介護の手間が増えているため。
(記載例) 腰椎の骨折が治癒し、状態が改善したため。

主治医

・主治医が複数いる場合は、介護を必要とするに至った病気について、日頃から診察している医師を記入。
・入院中の場合は、入院先の主治医を記入。
・定期通院・往診の場合は、最終受診日・次回受診(予定)日を記入。

第2号被保険者

・40~64歳の医療保険に加入している方は、介護保険法で定められた特定疾病名を記入。
※資格確認書のコピーの添付がなくても申請書は受付できます。

申請書提出者

・ご家族などご本人以外の方が、立川市役所介護保険課、地域包括支援センター、福祉相談センターに提出、もしくは郵送提出する場合に記入。

認定調査に関する希望

・ご本人からの聞き取りだけでは生活状況等が十分に把握できない場合には、ご家族の立ち合いをお願いしています。
・ご家族等が認定調査に同席を希望する場合は「する」に のチェック。
同席を希望しない場合は「しない」に のチェック。
・同席を希望する場合は、

署名

・本人氏名欄にご本人の名前を記入。
・署名いただくことで、「介護サービス提供事業者などに、介護認定の過程で作成した書類を見せたり、写しを渡すこと」に事前に同意できるので、円滑に介護サービスを受けられます。
・代筆者が記入する場合には、本人氏名欄に加えて代筆者氏名を記入。
・同意しない場合は下段に のチェック。