

# 記入例

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(宛先) 野田市長  
次のとおり申請します。

医療保険（後期高齢者医療保険・国民健康保険・社会保険等）の  
情報をご記入ください。

被 保 者	介護保険 被保険者番号				年	月	日
	医療 保 険	保険者名	保険者番号				
保 険 者	被保険者 記号・番号	記号	番号	扶養			
	フリガナ	ノダ			( 歳)		
	氏名	野田					
	住所	〒123-4567 野田市鶴奉 123					
險	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分			要支援状態区分		
	変更申請の 理由	有効期限	令和 6年 1月 1日	から	令和 8年 12月 31日		
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年	月	日	
者	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地			年	月	日
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地			年	月	日

申請時点での要介護・要支援状態区分および有効期限を  
ご記入ください。

前回調査時との変化や区分変更の申請をすることになった  
理由をご記入ください。

過去6月間の介護保険施設・医療機関等への入院・入所  
の有無を○でかこんでください。

入院・入所が有の場合のみ  
施設名・病院名および期間をご記入ください。  
(わかる範囲で記入してください。)

提出  
代行  
者

名 称

該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院)

提出代行 (包括職員・ケアマネ等による提出代行) の場合  
のみご記入ください。

住 所

電話番号

主 治 医

主治医の氏名

主治医氏名・所属医療機関名・医療機関所在地をご記入ください。  
(主治医は1名でお願いします。)

所在地

電話番号

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

特 定 疾 病 名

介護サービス利用等にあたり、個人情報 (要介護認定情報やケアプラン  
情報など) を使用させていただくことへの同意をお願いします。  
(被保険者様のお名前をサインをお願いします。)

介護サービス計画の作成等  
調査内容、介護認定審査会に  
防サービス計画並びに居宅サ  
地域包括支援センター、居宅  
予防支援事業者、介護予防サ  
サービス事業者若しくは地域密着型介護予  
サービス事業者の関係者、介護予  
日常生活  
支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又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  
護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。) ことに同意します。

本人氏名

# 記入例

## 介護保険 要介護認定申請確認票

被保険者氏名： 野田 太郎 記入者氏名： 野田 一郎 被保険者との関係： 長男

### 1. 申請理由・入院、入所の有無について

申請理由 ※更新申請の場合は記入不要	(新規・区分変更申請の場合に記入) <input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ <input type="checkbox"/> 家族・知人からのすすめ <input checked="" type="checkbox"/> 病気等があり日常生活において困っている(症状： 関節リウマチ ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
入院・入所の有無	① 現在、入院中または入所中ですか。 <input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ ② 入院中または入所中の場合は、以下を記入してください。 病院(施設名)： <input type="checkbox"/> 表面※に記載した入院・入所先と同じ <input type="checkbox"/> ※以外の病院・施設等 ( ) 入院(入所)理由： ( ) ※表面「過去6カ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無」欄

### 2. 認定調査について

認定調査場所 あてはまるものに チェックを入れてください。	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院先 <input type="checkbox"/> 入所先 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) (家族宅・その他の場合は、住所： )
調査不可の 曜日・日付等	火曜日・木曜日
認定調査立会人	立会人氏名： 野田 一郎 (本人との関係： 長男 )
調査時、特に 気を付けて ほしいこと	<input checked="" type="checkbox"/> 別室等で立会人に聞き取りをしてほしい <input checked="" type="checkbox"/> 本人へ未告知の病状等があり、配慮してほしい(病状等： 認知症 ) <input type="checkbox"/> 「介護保険認定調査」ではなく「健康調査」などの名目で来てほしい <input type="checkbox"/> 本人へは筆談等で対応してほしい <input type="checkbox"/> その他 ( )

### 3. 連絡先について(日中、連絡できる番号を記入してください。)

連絡先 (優先1)	氏名： 野田 一郎 (本人との関係： 長男 ) 電話番号： 090-1234-5678 <input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先
連絡先 (優先2)	氏名： 野田 花子 (本人との関係： 妻 ) 電話番号： 04-7123-4567 <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先

以下、介護支援課記入欄    事前預かり    それ以外(新規・区分変更・60日前以降の更新受付)

保険証回収 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(保険証を回収してください) <input type="checkbox"/> 紛失 資格者証の交付 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未(資格者証を調査時に渡してください) 認定調査日 <input type="checkbox"/> 確定済→調査日： 年 月 日 ( ) : ~ ( 調査員) <input type="checkbox"/> 調査保留→保留理由： ① 駐車場について(以下、調査日程調整時に聞き取り) 駐車場の有無： <input type="checkbox"/> 有→駐車場の場所 ( ) <input type="checkbox"/> 無→コインパーキング等の情報 ( ) ② 入院・入所について(入院・入所中の場合に聞き取り)( 病棟 階 号室) 入院(所)日： 年 月 日、退院(所)日： 年 月 日 手術： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(手術日： 年 月 日、手術内容： )	受領印
備考：	
受付者： (被保険者番号 )	