

①変更申請・・・(A)要支援→要支援 (B)要介護→要介護
介護新規申請・・・(C)要支援→要介護
結果が(C)となる場合を**変更**で申請された場合は申請却下となり、前回の認定結果のままとなります。要介護を希望のときは要介護新規で申請してください。

申請書提出時に再度確認をしてください。
申請書の提出日の前日が閉庁日の場合、
閉庁日初日まで遡ることができます。

介護保険 要介護認定 支援認定 申請書

②事業所の代行申請の時、提出にいられた方のお名前をお願いします。

① [新規・更新・**変更**・要介護新規・転入]

次のとおり申請し 申請年月日 年 月 日

申請者名前 ②		本人との関係 ③	
提出代行者名 ④		印	
申請者住所 ④-2		電話番号 ()	
被 保 険 者	被保険者番号 ⑤	④提出代行者は、②・③・④・④-2を記入 (a) 地域包括支援センター (b) 指定居宅介護支援事業者 (c) 指定介護老人福祉施設 (d) 介護老人保健施設 (e) 指定介護療養型医療施設 (f) 地域密着型介護老人福祉施設 (a) ~ (f) 以外の申請者は②・③・④-2の記入をお願いします。	
	フリガナ		
	被保険者名前		
住 所 ⑥			
険 者	現在(前回)の要介護認定の結果等 ⑦	要介護状態区分 1 2 3 4 5 有効期間 年 月 日 から	経過的要介護 (要支援)
	変更申請の理 ⑧ (変更時のみ記入)	要支援状態区分 1 2 年 月 日 まで	
主 治 医	主治医の名前 ⑨	⑦記入漏れ・記入誤りのないよう、よく確認して下さい。	
	所在地	電話番号 ()	

■2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。
※申請時に医療保険被保険者証(写しでも可)の提示が必要です。

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名 ⑩	

■現在、介護保険施設又は医療機関に入所・入院している場合は、次の①又は②に記入してください。

① 現在、介護保険施設に入所している場合(短期入所を除く。)は記入してください。
・該当するものを○で囲んでください。[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]

入 所 中	施設名 ⑪	入所年月日	年 月 日
	所在地	電話番号 ()	

② 現在、医療機関に入院している場合(介護保険施設を除く。)は記入してください。

入 院 中	医療機関名 ⑫	入院年月日	年 月 日
	所在地	電話番号 ()	

裏面、同意欄も記入してください

※ 次画面に続く



■同意欄

介護(予防)サービス計画を作成する等により必要があるときは、認定結果を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人及び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。あわせて、更新申請において認定有効期間内に要介護・要支援認定が行われる場合は申請から30日を超える処分までの処理見込期間とその理由の通知(延期通知)を省略することに同意します。

本人署名欄 **⑬** _____ (代筆の場合) **⑭** _____ 印
代筆者名前 _____
住 所 _____
本人との関係 _____

※ 申請には介護保険被保険者証の添付が必要です。
(被保険者証が交付されている方)