

【要介護・要支援の新規申請をする場合】

記載例

介護保険 [要介護認定・要支援認定] 申請書
要介護更新認定・要支援更新認定

門真市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和8年 4月 1日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8	個人番号	0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 9	
	医療 保険	保険者名	〇〇〇 〇〇〇	保険者番号	0 1 2 3 4 5
		被保険者 記号・番号	記号	〇〇〇	番号
		フリガナ	カドマ タロウ		
	氏名	氏名	門真 太郎		
			生年月日	大昭平	16年1月1日
	住所	住所	〒123-4567 門真市〇〇町1-1		
			電話番号	123 (456) 7899	
	前回の要介護 認定の結果等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要支援1・2 / 要介護1・2・3・4・5		
			有効期限 年 月 日から 年 月 日まで		
※14日以内に 他自治体から 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			
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	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	～		
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	～		
	医療機関等の名称等・所在地	期間	～		
	有 ・ 無	医療機関等の名称等・所在地	期間	～	

提出 代行 者	名称	該当に〇 (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・介護療養院)		
	住所	門真 花子 (続柄 妻)		
	住所	〒123-5678 門真市〇〇町3-3		
		電話番号 123 (456) 8912		

●ご家族が代理で申請する場合 ●提出代行者の場合
門真 花子 (続柄 妻) 〇〇居宅介護支援事業所

主治 医	主治医の氏名	門真 一郎 医師	医療機関名	門真△〇病院
	所在地	〒123-6789 門真市〇〇町5-3		
		電話番号 234 (567) 8912		

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、門真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、門真市から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。

当該認定に必要な情報(認定・健康保険)又は個人番号が不明な場合、公簿等(マイナンバーを利用した情報連携含む)により、確認することに同意します。

本人氏名 門真 太郎

★必ずご記入ください。