

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 福岡市長

次のとおり申請します。

申請日 令和 年 月 日

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入		転出元市町村名:		異動日: /		
被保険者	被保険者番号					個人番号		
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年 月 日
	氏名					性別	男・女	
	住所							(電話 - - )
主治医	医療機関・施設の名称					氏名	(姓) (名)	
	所在地							(電話 - - )
現在の入所・入院等の有無 (短期入所を除く。)	有・無	入所・入院施設の名称 所在地 (電話 - - )						
申請の理由 (主な疾患名, 心身の状況の変化等)	区分変更申請の場合 <input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 (チェックを入れて下さい)							
<p>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、福岡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、福岡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。</p> <p>更新申請については、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。</p>								
被保険者 本人署名		代筆者氏名			本人との関係			
(代筆時も記入)		(本人署名欄を代筆した場合)						

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

申請者	氏名 (担当者)	(本人との関係)					
	住所	(電話 - - )					
	提出代 行事業者名	右記の該当に○ 指定居宅介護支援事業者 地域密着型介護老人福祉施設 介護保険施設 地域包括支援センター					

※この欄は該当がある場合に記入してください。

前回(現在)の認定	【状態区分】						
	【有効期間】	年 月 日 ~ 年 月 日					

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、特定疾病名も必ず記入してください。

医療保険者		医療保険者番号	
特定疾病名		記号・番号	

以下は記入しないでください。

意見書	在・施 新・継	新規内訳	東・博・中・南・城・早・西	入力	受付	受付印
	有・無		R2・えん・ハート・リライフ			
番号書類	有・無		サンク・ふぁみりー・日本			
身元書類	有・無		にじ・縁・居宅等・県外			

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 福岡市長

次のとおり申請します。

① 申請日 令和 8 年 6 月 1 日

申請区分 ②		<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入		転出元市町村名:		異動日:		/																		
被 保 険 者 ⑤	③ 被保険者番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	個人番号④	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1		
	フリガナ	テンジン ハナコ										生年月日	昭和 28 年 4 月 1 日													
	氏名	天神 花子										性別	女													
住 所	福岡市中央区天神1丁目〇-〇 (電話 092 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇)																									
主 治 医 ⑥	医療機関・施設 の名称	博多太郎クリニック										氏名	(姓) 博多 (名) 太郎													
	所在地	福岡市博多区博多駅前2丁目△-△ (電話 092 - △△△ - △△△△)																								
現在の入所・入院等 ⑦ の有無 (短期入所を除く。)	有	入所・入院施設の名称 中州病院																								
	所在地	福岡市中央区中洲3丁目□-□ (電話 092 - □□□ - □□□□)																								
⑧申請の理由 (主な疾患名、心身の状 況の変化等)	区分変更申請の場合 <input checked="" type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 (チェックを入れて下さい) 〇〇(主な疾患名)のため体の状態が悪化し、歩行が困難になったため (※更新申請の場合は主な疾患名等をご記入ください)																									
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、福岡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、福岡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。 更新申請については、要介護(要支援)認定が申請日から30日を超える場合であっても、現在の要介護(要支援)状態区分の有効期間であれば、認定までの見込み期間等を通知する書面を省略することに同意します。																										
被保険者 本人署名	⑨ 天神 花子										代筆者氏名	山笠 好子												本人との関係	長女	
(代筆時も記入)																										

※申請者が被保険者本人の場合、記入不要です。

⑩ 申 請 者	氏名 (担当者)	山笠 好子										(本人との関係	長女											
	住 所	〒 810 - ▲▲▲▲ 福岡市東区箱崎4丁目▲-▲ (電話 092 - ▲▲▲ - ▲▲▲▲)																						
	提出代 行事業者名	右記の該当に〇 指定居宅介護支援事業者 地域密着型介護老人福祉施設 介護保険施設 地域包括支援センター																						

※この欄は該当がある場合に記入してください。

⑪ 前 回 ( 現 在 ) の 認 定	【状態区分】	要介護1																					
	【有効期間】	令和 5 年 3 月 1 日 ~ 令和 9 年 2 月 28 日																					

※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)は、特定疾病名も必ず記入してください。

医療保険者	⑫	〇〇健康保険組合										医療保険者番号	99999											
特定疾病名	⑬	パーキンソン病										記号・番号	44444・5555											

<申請時に必要なもの>

- 介護保険被保険者証(原本)  
(ない場合は再交付申請書が必要です)  
(40歳以上65歳未満の人は医療保険の資格確認書等が必要な場合があります)
- 被保険者本人の個人番号(マイナンバー)を確認できる書類
- 申請者(被保険者本人または代理人)の身元確認書類  
(写真付き身元証明の場合は1点、写真なし身元証明の場合は2点)
- 要介護認定訪問調査個票

① 申請日

申請日は必ず記入してください。

② 申請区分

申請区分にチェックを入れてください。  
転入申請の場合は、転出元の市町村と異動日(住民異動(転入)届出書に記載した異動日)を記載してください。

③④⑤ 被保険者

- ③介護保険被保険者証に記載の被保険者番号を記入してください。
- ④個人番号カードに記載されている、12桁の個人番号を記入してください。
- ⑤本人の氏名、生年月日、性別を記入してください。住所については、住民票の住所地を記入してください。  
※認定通知書及び被保険者証の送付先が住民票の住所地と異なる場合は、別途届出が必要です。

⑥ 主治医

複数の医療機関を受診している場合、介護が必要な状態の直接の原因である病気を治療しているなど、本人の状態を最も知っている医師の氏名、医療機関名、所在地などを記入してください。  
主治医がない場合は、福岡市要介護認定事務センターにご相談ください。

⑦ 現在の入所・入院等の有無

今現在、施設や医療機関で生活している人のみ、施設や医療機関の名称と所在地を記入してください。  
短期入所(ショートステイ)中の場合は、記入不要です。

⑧ 申請の理由

新規申請の場合は、主な疾患名と申請の理由を記入してください。  
更新申請の場合は、主な疾患名等を記入してください。  
区分変更の場合は、状態悪化または状態改善のどちらかにチェックを入れ、申請の理由を記入してください。

⑨ 情報提供等に関する同意

趣旨を理解され、内容に同意する場合は、署名してください。  
本人が署名できない場合は、代筆者が本人の名前を記入し、代筆者氏名及び本人との関係を記入してください。

⑩ 申請者

申請者が本人のときは、記入不要です。  
家族等の代理人や代行事業者が申請する場合は、氏名、住所、電話番号、本人との関係を記入してください。

⑪ 前回(現在)の認定

更新認定申請など、前回の要介護等認定結果がある場合に記入してください。(介護保険被保険者証を確認してください。)

⑫⑬ 医療保険者等

- ⑫加入している医療保険の保険者名、保険者番号、被保険者の記号・番号を記入してください。
- ⑬第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方は、主治医によく確認し、該当する特定疾病名を記入してください。