

【記入例】妻が夫（被保険者）の申請を行う場合

帳票ID 621 申請日 令和 〇 〇 〇 1 2 3 4 5 6 7 日 ① 被保険者番号

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

広島市長
 次のとおり申請します。

いずれかを○で囲みます。

申請者氏名	② 広島 花子		本人との関係	③ 妻
提出代行者 名称	④ 該当に○（地域包括支援センター・指定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・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院）			
申請者住所	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 ⑤ 〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号 電話番号 082（504）2363			
フリガナ	⑥ ヒロシマ タロウ		個人番号	⑦ 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
被保険者氏名	⑧ 広島 太郎		性別	⑨ 1 男 2 女
住 所	〒730-8586 広島市中区国泰寺町一丁目6番34号		元号	⑩ 1 明治 2 大正 3 昭和 4 平成 5 令和
現在（前回）の 要介護状態区分 （認定結果）等	⑪ 更新・変更時 のみ記入		要介護状態区分	⑫ 1 2 3 4 5
変更申請の理由 （変更時のみ記入）	⑬ 有効期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで	
⑭ 所・入院施設名 （短期入所を除く）	施設名	〇×病院		
主治医 氏名	山口 次郎		医療機関名	〇×病院
所在地	〒730-8587 広島市中区国泰寺町一丁目4番21号		電話番号	082（504）2136

医療保険情報	保険者名（※該当に○）	保険者番号	被保険者番号
⑬	広島県国民健康保険	3 4 4 0	記号 番号 枝番
	広島県後期高齢者医療広域連合	3 9 3 4 1 0 1 1	1 2 3 4 5 6 7 8
	その他		

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

⑮	特定疾病名	
同意欄	要介護認定・要支援認定申請を行うにあたって、下記事項に同意します。	
	① 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なときは、その計画を作成する者に要介護認定・要支援認定に係る調査内容、判定結果、主治医意見書を提供すること	
	② 主治医意見書を記載した医師に、判定結果を通知すること	
	③ 判定結果が非該当、要支援1又は要支援2となった場合、介護予防ケアマネジメントにより生活機能低下の防止や状態の維持・改善を図るため、地域包括支援センターに、判定結果等を提供すること	
	④（更新申請の場合のみ）現在の認定有効期間内に認定を行うことができるときは、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	
⑯	本人氏名	広島 太郎
	代筆者氏名	広島 花子
	本人との関係	妻

※ 介護保険被保険者証の原本を添付してください。原本を紛失の場合は、介護保険被保険者証等再交付申請書を添付してください。
 ※ 申請書の提出先は、お住まいの区の福祉課高齢介護係です。
 ※ 主治医に主治医意見書の作成の同意を得た上で申請を行ってください。申請を受け付けた後、区役所から申請書に記載された主治医に
 ※ 対して、意見書の提出を求めます。
 ※ 申請を受け付けた後、市または市が委託した事業所等の認定調査員がご自宅等へ伺い、日頃の心身の状況等について本人や家族等へ聞
 ※ き取り調査を行います。

介護保険被保険者証（40歳から64歳の方は、お持ちの方のみ）を添えて、
 お住まいの区の介護保険担当窓口または出張所に申請してください。

<記入上の注意事項（表面）>

- ①『被保険者番号』欄
介護保険被保険者証の被保険者番号を記入します。
- ②『申請者氏名』欄
申請書を提出される方（窓口に来られる方）の氏名を記入します。
- ③『本人との関係』欄
申請書を提出される方（窓口に来られる方）と被保険者の関係を記入します。
【記入例】本人、夫、妻、父、母、子、孫、代理人など
- ④『提出代行者名称』欄
提出代行者による代行申請の場合のみ記入します。該当する項目に○をし、事業所・施設名を記入します。（提出代行者による代行申請の場合は、②・③欄の記入は不要です。）
- ⑤『申請者住所』欄
申請書を提出される方（窓口に来られる方）の住所を記入します。（申請者が被保険者本人の場合は記入不要です。）
- ⑥『被保険者氏名・性別・生年月日』欄
性別と元号は該当する番号を記入します。生年月日は右づめで記入します。
- ⑦『個人番号』欄
被保険者本人の個人番号を記入します。
以下の書類が必要となります。
(1) 個人番号確認書類（例：個人番号カード 等）(2) 本人（又は代理人）の身元確認書類（顔写真がないものは2点）
(例：介護保険被保険者証、年金手帳 等）(3) 委任状（代理人による申請の場合のみ）
- ⑧『住所』欄
住民票または在留カードの住所を記入します。
- ⑨『現在（前回）の要介護状態区分（認定結果）等』欄
更新・区分変更申請の場合に現在お持ちの要介護状態区分と有効期間を記入します。
- ⑩ 14日以内に他自治体から転入した方のみ記入します。
- ⑪『変更申請の理由』欄
区分変更申請の場合のみ記入します。
- ⑫『入所・入院施設名』欄
現在、入所・入院している施設名を記入します。ただし、短期入所（ショートステイ）は除きます。
- ⑬『主治医』欄
主治医意見書の記載をお願いする主治医の氏名・医療機関名・所在地を記入します。
複数の医療機関にかかっている場合は、介護が必要な状態の直接の原因となっている疾病を治療しているなど、被保険者本人の状態をもっともよく知っている医師名、医療機関名、所在地を記入します。
- ⑭『医療保険情報』欄
該当の医療保険者名に☑、医療保険者番号、医療保険被保険者番号を記入します。
第2号被保険者（40歳から64歳の方）については、区役所福祉課が医療保険の加入関係を確認します。詳細は、裏面の注意点（2）を確認してください。
- ⑮『特定疾病名』欄
第2号被保険者（40歳から64歳の方）のみ記入します。
16種類の特定疾病のどれに該当するか、主治医に疾病名をよく確認し記入します。
- ⑯『本人氏名』欄
被保険者本人が記名します。本人が記名できない場合は、代筆者が記名をし、右の代筆者氏名欄に氏名・本人との関係を記入します。

※裏面もあります。

認定調査連絡票

□医療保険加入確認（第2号：40～64歳）
被保険者証の回収（□有・□無・□再交付）

<記入上の注意事項（裏面）>

受付確認欄は区役所福祉課で記入します。

申請者記入欄を以下のとおり記入します。

代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査を実施する場合には、申請者記入欄の

記入は不要です。

①『調査場所』欄

- ・居宅、入院先、施設、その他のうち該当するものに☑します。
- ・調査場所が入院先の場合、入院先の名称、病棟、入院開始日、病名、転院・退院予定の有無や日付を記入します。
- ・調査場所が施設の場合、施設名を記入します。
- ・調査場所が子の自宅等、住民票住所とは異なる場所の場合は、その他を選択し住所等を記入します。

②『生活状況』欄

独居、同居（配偶者のみ）、同居（ ）のうち該当するものに☑します。

③『調査立会人』欄

調査立会人の有無を記入します。有の場合は、調査に立ち会う方の氏名、続柄、日中連絡がとれる電話番号を記入します。

④『連絡先』欄

日程調整の連絡先として該当するものに☑します。調査立会人以外の場合は、日中連絡がとれる電話番号を記入します。

⑤『本人の状況』欄

- ・認知機能の低下の有無を記入します。
- ・難聴の有無を記入します。有の場合は、筆談や手話が必要かどうかを記入します。

⑥『その他』欄

心身や生活の状況などを具体的に記入します。

○注意点

- (1)入退院・入退所等で生活場所が変更となった場合、原則1週間以上経過してからの調査となります。
- (2)第2号被保険者（40歳から64歳の方）については、医療保険加入関係の確認をマイナンバー制度による情報連携等で行うため原則、医療保険の資格情報が確認できる書類の添付は不要です。ただし、当該情報連携等で確認を行えない場合は、次のとおり確認を行います。

・窓口で申請する場合

マイナ保険証を保有している場合

次の1・2のいずれかを準備してください。

- 1 スマートフォン等でマイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」又はマイナポータルにアクセスして医療保険の被保険者資格情報が表示された画面を提示してください。
※ マイナポータルへのログインには、マイナ保険証と数字4桁の暗証番号の入力が必要です。
- 2 医療保険者が交付する「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを提出してください。

マイナ保険証を保有していない場合

医療保険者が交付する「資格確認書」の写しを提出してください。

・郵送で申請する場合

医療保険者が交付する「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを提出してください。

(3)40歳以上で、要介護・要支援認定（申請中も含む）を受けていた方が転入された場合は、**転入日から14日以内**に要

介護度を引き継ぐための申請をしてください。前住所地で受給資格証明書の交付を受けた場合は提出してください。

※要
注
意

入
退
院
・
入
退
所
等
で
生
活
場
所
が
変
更
と
な
っ
た
場
合
、
原
則
1
週
間
以
上
経
過
し
て
か
ら
の
調
査
と
な
り
ま
す。

受付確認欄		(受付者：)
認定調査依頼先	□包括・□居宅	記入不要
電話番号	()	
主治医意見書⇒□自宅・□直送・□施設・□窓口渡し【本人・家族・ケアマネ・その他()】		
申請者記入欄 代行申請を行う居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、介護保険施設が調査する場合には記入不要です。 当てはまるものに☑し、()に記入してください。		
① 調査場所	□居宅	
	☑入院先 (○×病院) 病棟 (A病棟2F)	
	入院開始日 (20××年 4月 1日) 病名 (大腿骨骨折)	
	転院予定 □無・□有⇒ (年 月 日頃) 転院先 ()	
	退院予定 □無・☑有⇒ (××年 ×月20日頃)	
	□施設 ()	
□その他 ()住所 ()		
② 生活状況	□独居 ☑同居 (配偶者のみ) □同居 ()	
③ 調査立会人	□無 ☑有 ⇒氏名 (○×病院田中看護師) 続柄 (看護師)	
	電話番号 (082-504-2363) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	
④ 連絡先	□本人 □調査立会人 ☑その他 (○×病院佐藤相談員)	
	電話番号 (082-504-2136) ※日中連絡がとれる電話番号を記入してください。	
⑤ 本人の状況	認知機能の低下 (☑無 □有)	
	難聴 (☑無 □有⇒筆談や手話が必要ですか □必要 □不要)	
⑥ その他 (心身や生活の状況などを記入してください)		

第2号被保険者の方で「資格情報のお知らせ」又は「資格確認書」の写しを提出する場合は、こちらに貼り付けをお願いします。