更新申請　専用

記入例

表面

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

廿日市市長　　次のとおり申請します。

申請年月日	2026年　4月　1日

西暦、和暦のどちらを記入しても構いません。和暦の場合は元号名もご記入ください。

入院中・入所中の場合は、必ず病院名・施設名をご記入ください。

有効期限の元号は平成のままでかまいません。被保険者証に記載して

被保険者

介護保険被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1		
医療保険 保険者名	○○県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	12345678		
被保険者証 記号		番号	0012345678	枝番	
フリガナ	カイゴ　タロウ	生年月日	明治 大正 (昭和) 10年 4月 1日	性別	(男)・女
氏名	介護　太郎				
住所	〒 738-8501　広島県廿日市市下平良一丁目11番1号　電話番号（ 0829 ） 20 － 0001				
入院、入所中の場合は、必ずご記入ください。	病院名 施設名 ○○病院 〒 738-8501　広島県廿日市市下平良○丁目△△番△号　電話番号（ 0829 ） xx － xxxx				
前回の認定結果等	要介護 (1)・2・3・4・5　要支援 1・2　事業対象者 有効期間：令和7年 8月 1日 から 令和8年 7月 31日 まで				

主治医

医療機関名	○○病院	診療科名	整形外科
主治医名	健康　一郎	意見書作成	☑主治医了承済み
所在地	〒738-8501　広島県廿日市市下平良○丁目△△番△号　電話番号（ 0829 ） xx － xxxx		

必ず、主治医の先生から承諾を得てから✔をしてくださ

ご家族・ご親族が提出する場合はご記入ください。

提出代理人

氏名	介護　花子	本人との関係	妻
住所	〒738-8501　広島県廿日市市下平良一丁目11番1号　電話番号（ 0829 ） 20 － 0001		

施設等事業者による代行申請の場合はこちら

提出代行者

種別 ※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 指定介護療養型医療施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院　　担当
名称・住所	名称 〒 電話番号（　　）　－

名称、住所、電話番号はゴム印でも

● 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみご記入ください。

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、介護認定調査会による判定結果・意見・主治医意見書、廿日市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、廿日市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。

本人氏名：介護　太郎　　代筆者氏名：介護　花子　　本人との関係：妻

裏面の太枠内（認定調査連絡票）もご記入ください。

＜職員記入欄＞

証回収	直営調査	委託調査			申請受付者	チェック①
回収 紛失 調査時回収	本庁 支所 （　）	名称		依頼日 /		
		連絡先		窓口・電話（　）	入力者	チェック②

受付印

認定調査連絡票

※申請者は下記の太枠内の□にチェックを入れ、必要事項をご記入ください。

記入例

裏面

認定調査連絡票

申請理由	☑サービスの継続利用希望
心身およびサービスの現在の状況	前回からの状態変化について □無 □有（　　） サービス利用状況　※回数・曜日・内容をご記入ください。 □ホームヘルパー　（　　） □訪問看護　（　　） □訪問入浴　（　　） □施設入所　（　　） □デイケア　（　　） ☑デイサービス　（ □□デイサービス　週3回：月・水・金 ） □ショートステイ　（　　） ☑福祉用具貸与　（ 歩行器 ） □福祉用具購入　（　　） □住宅改修　（　　） □その他　（　　） 困っていること・治療中の病気について　※具体的な内容を下記にご記入ください。
生活状況	☑家族と同居（同居人：妻　　）　□ひとり暮らし　□施設（種別：　　）
調査場所	☑自宅（住民登録地）　※調査員用の駐車スペース（ 有 ・ 無 ） □入院先 病院名 □入所先 施設名　：　（　）棟（　）階（　）号室 入院(所)日：　年　月　日　退院(所)予定日：　年　月　日 ・ 予定なし 退院(所)後の予定：　□転院(所)（　　）　□自宅 □その他　ご家族等の氏名： 〒 電話番号（　　）　－
同席者	※介護者の同席が必要です。同席者氏名と**日中連絡可能な電話番号**をご記入ください。 氏名：介護 花子　続柄：妻　連絡先（ 090 ）　12　－　3456 □同席なし（本人のみで対応可能な場合に限る）
訪問調査	※サービス利用がある曜日や用事などで都合が悪い曜日・時間帯に×をつけてください。 □特になし

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日
午 前	×		×		×
午 後	×		×		×

日程連絡	☑いつでも可能　□指定あり（　　）
調査時に配慮する事	※事前に調査員に伝えておきたいこと等があればご記入ください。（本人の前で言わないで欲しいことなど）

＜職員記入欄＞

確認票	□不要　□実施済み

✔を付けてください。

入院先や入所先で調査の場合は、病室番号や居室番号まで詳しくご記入ください。