

介護保険(要介護認定・要支援認定)申請書
新規申請 更新申請 区分変更申請 転入継続

大津市長 次のとおり申請します。

申請者	<input type="checkbox"/> 本人	申請年月日	令和 ○年○月○日
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人(家族、後見人、知人等) ⇒ 続柄 (妻) <input type="checkbox"/> 提出代行者 ⇒ 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・介護医療院・社会保険労務士)	フリガナ	オオツ ハナコ (認定調査担当者氏名)
	氏名または事業所名	大津 花子	
	住所	〒 520 - 8575 電話番号(077)○○○-○○○○ 大津市御陵町3番1号	

被保険者	介護保険被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6					
	フリガナ	オオツ タロウ		生年月日	明・大 昭 ○○年○月○日		
	氏名	大津 太郎		性別	男 ・ 女		
	住所 (住民票の住所)	〒 520 - 8575 大津市御陵町3番○号		電話番号	(077) ○○○ - ○○○○		
要介護等認定の結果	要介護(1 2 ③ 4 5)	有効期限	令和 ○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	転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択)				
区分変更申請の理由 (※変更申請の場合のみ記入)	(例)転倒して右足を骨折し、身体の状態が悪化したため						
直近の医療機関・介護保険施設等入院・入所の有無	名称	近江病院		期間	○年 ○月 ○日		
	所在地	大津市浜大津一丁目1-1		～	年 月 日		

※介護保険主治医意見書の記入が可能かどうか、医師に確認してからご記入ください。
 ※主治医が複数いる場合は、現在の身体状態をよく把握されている医師を記載してください。

主治医	主治医の氏名 (フルネーム)	近江 一郎	最終受診月	年 月
	医療機関名	近江病院	診療科	
	所在地	〒 520 - 0047 電話番号(077)○○○-○○○○ 大津市浜大津一丁目1-1		

令和8年4月1日改正版

裏面もご記入ください。

介護保険課 記載欄			
認定調査登録	1. 職調	委託 1. 在宅 2. 施設 3. 特別	介護 受付 印 課
主治医意見書登録		1. 新規 2. 継続	
		1. 在宅 2. 施設	

該当する申請区分の口にチェックをしてください。

申請する年月日を記入してください。

新規・区分変更は申請日が認定結果の有効開始日となります。

申請者欄への記載は、本人、代理人、提出代行者のいずれかひとつです。
 ●(本人が申請者の場合)・・・本人欄の口にチェックしてください。(住所氏名電話番号等は被保険者欄に記入してください。)
 ●(代理人が申請者の場合)・・・代理人欄の口にチェックしてください。続柄や住所、電話番号を忘れずに記入してください。
 ●(提出代行者が申請者の場合)・・・代行申請者欄の口にチェックし、必要事項を記入してください。事業所にて認定調査をしていただく場合、担当者に記載してください。未定の場合は「未定」と記載してください。
 (注意)提出代行は、「該当に○」の欄に示している事業所等のみが行うことができます。グループホーム、有料老人ホームなど該当しない事業所の場合は、代理人欄の口にチェックしてください。

被保険者欄は認定を受けたい本人様の情報です。

- 氏名、生年月日、性別、住所、電話番号は必ず記載してください。
- 住所は、住民票の置かれている住所を記載してください。申請者に同じ場合はチェックを付けてください。
- 前回要介護認定の結果欄には、現在認定を受けている要介護・要支援区分に丸を付け、有効期間を記載してください。
- 転入継続の方は、転出元自治体名および、転出元の自治体に要介護・要支援認定申請中であるかご記入ください。
- (区分変更申請の場合のみ)申請をするに至る理由を記載してください(状態が悪化しているか、良化しているかがわかるように)。
- 直近で医療機関・介護保険施設等にご入所・ご入院されている場合は情報をご記入ください。

主治医欄は、意見書を依頼する医療機関及び主治医を記載します。日頃、定期的な受診があり、今現在のご本人様の身体状態について、よくご存知の医師のお名前、ご住所を記入してください。(入院中の方は担当の先生とご相談のうえ、主治医の決定をしてください)
 ※主治医意見書は認定に絶対必要な書類です。必ず記載してください。

同意欄

・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、大津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、大津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。
 ・更新申請において、申請日より30日を超える場合でも、有効期間内に要介護・要支援認定が行われるときは、延期通知を省略することに同意します。

被保険者本人氏名 **大津 太郎** (代筆者氏名) **大津 花子** (続柄) **長女**



記載内容に同意される場合は被保険者本人氏名を記入してください。本人が記載できない場合、本人の意思を確認の上代筆していただいても結構です。その場合、代筆者の氏名及び続柄を記入してください。

調査場所	<input type="checkbox"/> 住所地の自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等 <input type="checkbox"/> その他()	
	施設名 (※病院の場合は、病棟・号室もご記入ください。)	調査先住所 (住所地と同じ場合は記入不要)
	近江病院 ○病棟 ○号室	大津市浜大津一丁目1-1
調査について	調査の立会い	フリガナ名 オオツ ハナコ 氏名 大津 花子 本人との関係(長女)
	有	※日中連絡が可能なところ ※つながりやすい時間帯
	無	連絡先 ① 077-000-0000 ② 080-000-0000 午前 ○○ : ○○ ~ ○○ : ○○ 午後 : ~ :



調査を行う場所を記入してください。調査の立会いを希望される場合は、調査の立会い「有」に丸を付け、立会い者と昼間に連絡のつく電話番号を記入してください。(※調査の日程調整のため電話させていただきます。携帯電話、自宅、職場等日中連絡の取れる番号をご記入ください。)調査の立会いを希望されない場合は、調査の立会い「無」に丸を付けてください。

◆結果通知等は原則として被保険者住所地へ送付します。事情によりそれ以外の場所へ送付を希望される場合は、下の欄に記載してください。

結果通知の送付先 (被保険者住所地以外に送付する場合のみ記入)	住所	〒 520-1234 滋賀県大津市○○台○丁目○○-○○
	氏名	大津 ひかる 本人との関係 (長男)
		電話番号 (077) ○○○ - ○○○○



結果通知等は原則として被保険者住所地へ送付します。事情によりそれ以外の場所へ送付を希望される場合のみ、上記に記載してください。※送付先を記載される場合は申請書の注意書きを良くお読みください。

(注1)こちらに記載される送付先は当該申請のみ適用します。常時送付先を設定する場合は別途申請が必要です。
 (注2)すでに送付先設定がされている場合、被保険者住所地ではなく設定された送付先へ送付いたします。
 (注3)ご家族以外の方が受取人となる場合は委任状を添付してください。後見人、保佐人、補助人等の方は後見人等であることを証明する書類の写しでも結構です。(ただし、すでに後見人等で送付先設定を申請されている場合は不要です。)
 (注4)こちらに記載される送付先は、申請日から認定結果通知の発送日まで有効となり、その間、介護保険課から発送する書類(負担割合証等)の送付先も結果通知の送付先に変更されることをご了承ください。

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。

特定疾病名 [該当する疾病名の番号に○をしてください。]	
1 がん 2 関節リウマチ 3 筋萎縮性側索硬化症(ALS) 4 後縦靭帯骨化症 5 骨折を伴う骨粗鬆症	
6 初老期における認知症 7 パーキンソン病関連疾患 8 脊髄小脳変性症 9 脊柱管狭窄症 10 早老症	
11 多系統萎縮症 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 13 脳血管疾患	
14 閉塞性動脈硬化症 15 慢性閉塞性肺疾患 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症	
加入医療保険の名称等	
保険者名 大津市国民健康保険 被保険者氏名 大津 太郎 資格取得年月日 昭 平 令 ○年 ○月 ○日	
保険者番号 250019 記号 滋大 番号 12345 枝番 2	



【40歳～65歳未満の被保険者(第2号被保険者)の方が申請されるとき】
 ●特定疾病名に必ず丸を付けてください。
 ●加入医療保険の名称等を記入してください。
 ●「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」等の写しを添付してください。

※医療保険の加入状況が不明な方のみ個人番号を記入してください。

個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------	----------