

記載例

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

☐新規 ☒更新 ☐区分変更  
☐要支援者の要介護新規 ☐転入

習志野市長 宛て  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 1 月 1 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 1 2 3 4 5 6	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9
	フリガナ	ナラシノ タロウ	生年月日	昭和 10 年 4 月 1 日 90 歳
	氏名	習志野 太郎	性別	男
	住所	習志野市 鷺沼〇-〇-〇 鷺沼マンション△△△ 電話番号 047 ( XXXX ) XXXX		
	現在の 要介護認定等	要支援 1 2 要介護 ① 2 3 4 5 有効期間 令和 7 年 2 月 1 日から 令和 8 年 1 月 31 日まで		
	変更申請理由	1. 前回の認定時と比べて、状態が（良く・悪く）なっているから 2. その他 → 具体的な理由 [ ]		
	他自治体から 転入した方 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。 はい ・ いいえ (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) 申請日 令和 年 月 日		

個人番号(マイナンバー)が  
分からない場合等は、未記入  
でも申請を受理します。

申 請 書 提 出 者	<input type="checkbox"/> 被保険者本人				
	<input checked="" type="checkbox"/> ご家族等	氏名	習志野 花子	本人との関係	長女
		住所	<input type="checkbox"/> 本人と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 本人と別住所 〒 000 - 0000 習志野市津田沼〇-〇-〇		
	<input type="checkbox"/> 地域包括支 援センター・ 事業所等	<input type="checkbox"/> 包括 <input type="checkbox"/> 居宅介護支援 <input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護医療院 名称 [ ] 担当者氏名 [ ] 本人との関係 [ ] 訪問調査を行う場所の希望、ご家族等の同席の希望をご記入 ください。日程調整のための電話番号も必ずご記入ください。			

【訪問調査欄】(面接の日程や連絡先等を記入してください。)

調 査 の 場 所	<input type="checkbox"/> 住所と同じ	施設名	〇〇××病院	家 族 構 成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ
	<input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設	住所・所在地	△△市〇〇 〇-〇-〇		<input type="checkbox"/> 家族等と同居( )
	<input type="checkbox"/> その他	電話番号	047 ( XXXX ) XXXX		<input type="checkbox"/> その他( )
調査への同席希望		有 ・ 無	日中連絡がとれる 家族等の氏名 (続柄)、電話番号	氏名 習志野花子 ( 長女 )	電話 090 ( XXXX ) XXXX
家族(氏名 習志野花子 続柄 長女)・ケアマネジャー 施設職員・他( )				氏名 習志野みどり ( 妻 )	電話 080 ( XXXX ) XXXX

【同意欄】(署名又は代筆者名、本人との代筆者の続柄を記入してください。)

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、被保険者証等の内容、習志野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、習志野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事業者等から調査を受けることについて同意します。本人氏名を必ずご記入ください。代筆の場合は代筆者の氏名、続柄もご記入ください。

本人氏名	習志野 太郎	代筆者 氏名	習志野 花子	続柄 ( 長女 )
------	--------	-----------	--------	--------------

【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】

医 療 保 険	保 険 者 名			保険者番号		
	被 保 険 者 記 号 ・ 番 号	記 号	番 号	枝 番		
特 定 疾 病 名						

【市役所欄】  
・経過等

65歳未満の方は医療保険の加入情報と、医師に診断を受けた特定疾病名を記入してください。

ため・転入・交通事故・その他( )  
収受印

・調査日程等調整に関する連絡先【 本人・家族・CM・病院・施設・他( ) 】

事 務 処 理 欄	保険証回収	2号新規	医保確認	資格者証	包括の案内	負担限の説明	相談	
	有 ・ 無	有 ・ 無	済 ・ 未	郵送・手渡	済 ・ 未	済 ・ 未	有 ( 認 ・ 賦 ・ 給 ・ 他 ) ・ 無	
	認定調査日時		入力	調査員	病院・施設への連絡	未納滞納	給付制限	送付先同時申出
	月 日 :				済 ・ 未	有 ・ 無	有 ・ 無	有 ・ 無
								受付担当 [ ]

【主治医意見書予診票】医療機関へ参考として情報提供させていただきます。

被保険者(氏名)	習志野 太郎		認定申請の理由	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更
医療機関名	〇〇××病院		( 内 科 )	医師名 鷺沼 次郎
所在地	△△市〇〇〇-〇-〇			
受診状況	定期受診(有・無・( )から)入院中(退院・転院予定 無・有→予定日 )			
最新受診日	令和 7 年 11 月 1 日	次回受診予定日	令和 8 年 2 月 1 日	

記入日	令和 8 年 1 月 1 日
記載者名	習志野 花子 (続柄) 長女

1. 現在治療中の病名とその医療機関(歯科を含む)をすべてお書きください。

例) 糖尿病	例) ●△医院
高血圧	〇〇××病院
緑内障	〇〇眼科

2. これまでに大きな病気、手術、骨折などのケガはありましたか。またそれはいつ頃のことでしたか。

例) 右大腿骨骨折	例) H26年1月頃
右大腿骨骨折	R2年1月頃

3. 最近1か月の物忘れ等の様子について、あてはまるものがあれば○を付けてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 物忘れ、問題となる行動はない
<input type="checkbox"/> 多少の物忘れはあるが、日常生活に支障がない
<input type="checkbox"/> 外出先での買い物や金銭管理が不安
<input checked="" type="checkbox"/> 一人での薬の管理、留守番が不安
<input type="checkbox"/> 食事、排泄が困難で、日中、介護が必要
<input type="checkbox"/> " 夜間も介護が必要
<input type="checkbox"/> " 昼夜問わず目が離せない
<input type="checkbox"/> 妄想、興奮などにより意思疎通ができない

4. 以下の1から14について、あてはまるものがあれば数字に○を付けてください。(複数回答可)

1 (昨日、今日、直前) のことを忘れている
2 自分の意思で物事を決められなくなった
3 要求や気持ちを上手に伝えられない
4 実際に見えない物が見えたり聞こえたりすることがある
5 現実と異なる妄想を言葉にすることがある
6 昼夜逆転している
7 暴言を吐く
8 暴力的になった
9 介護に抵抗する
10 徘徊することがある
11 たばこ、コンロなど火の不始末がある
12 便、おむつを触るなど不潔行為がある
13 本来食べられないものを食べようとする
14 性的に異常な行動がある

受診が無い場合、医師が「主治医意見書」を作成できないことがあります。医療機関に受診の上、作成してもらえるか事前に確認しましょう。

利き手はどちらですか ( 〇 右 ) ・ 左 )
身長 160 cm 体重 60 kg
この半年で体重は ( 〇 ほぼ不変 ) ・ ( ) kg増 ・ 減
手脚に麻痺がある( 〇 右手 ・ 〇 右脚 ・ 〇 左手 ・ 〇 左脚 )
〇 関節が痛くて日常生活に支障をきたしている ( 〇 関節の部位 ひざ・腰 )
〇 床ずれがある( 〇 部位 )
〇 屋外歩行には介助を必要とする
〇 自力の移動には杖や装具、歩行器が必要
〇 車いすを使っている ( 〇 自力操作できる ・ 〇 できない )
〇 自分で食事を口に運べない
〇 飲み込む際、むせ込みが多い
〇 栄養状態がよくない
〇 トイレにはいくが、介助を必要とする
〇 尿、便の失禁があり、おむつを使用している
〇 入浴に介助を必要としている

6. 必要と思うサービスに○を付けてください。(複数回答可)

<input type="checkbox"/> 医師の往診(歯科含む)や看護師の訪問
<input type="checkbox"/> 訪問または通所でのリハビリテーション
<input checked="" type="checkbox"/> デイサービス
<input type="checkbox"/> ヘルパー
<input type="checkbox"/> 福祉用具購入、レンタル
<input type="checkbox"/> 施設への入所
<input type="checkbox"/> 住宅改修
<input type="checkbox"/> その他( )

7. 介護に影響すると思われる日常の様子、活動の変化や、医療面、介護面でお困りのことがあればできるだけ詳しくお書きください。

例) 〇月〇日 転倒、入院を契機として日中の活動が落ちた、外出が減った、家庭内外の役割ができなくなり、入浴サービスを受けたい、介護用品のレンタルがしたい等

緑内障の進行と足腰の筋力低下で、以前より外出する機会が減った。  
処方された血圧の薬を自分の判断で飲まなかったり、飲んでも忘れてしまうことがある。  
週2回デイサービスに通っているが、週3回に増やしたいと考えている。

8. 本人と生活を共にするひとについておしえてください。

<input type="checkbox"/> 1人暮らし	<input checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ
<input type="checkbox"/> 家族等と同居	<input type="checkbox"/> 家族と同居、ただし昼間は一人
<input type="checkbox"/> その他( )	

9. ご家族又はケアマネジャーの連絡先を記入してください。

氏名 習志野花子 (続柄) 長女	電話 090 (XXXX) XXXX
氏名 津田沼一郎 (続柄) ケアマネ	電話 080 (XXXX) XXXX