

記入例

※裏面に説明があります

様式第9号（第11条関係）

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

要介護更新認定・要支援更新認定

（宛先）富士見市長

次のとおり申請します。 申請年月日 令和8年1月5日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000123456	個人番号												
	医療 保険	保険者名	富士見市国民健康保険		保険者番号	110353									
		被保険者	記号	12345678		番号						枝番			
	フリガナ	フジミ タロウ			生年月日	昭和30年1月20日									
	氏名	富士見 太郎			性別	男									
		住所	〒354-0021 富士見市大字鶴馬 1800 番地の 1 電話番号 049-251-2711												
	前回の要介護認定の結果等	*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護2 有効期限 令和7年2月10日 から 令和8年2月28日											
		※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 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (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) はい ・ いいえ 「はい」の場合、申請日											
		過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地			期間 ~									
	提出代行者	名称	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）												
住所		〒 電話番号													
主治医		主治医の氏名	○山 ○子			医療機関名	○△クリニック								
主治医	所在地	〒○○○-○○○○ ○△市1丁目2番3号 電話番号 049-251-○△□×													

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

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、富士見市から親族、代理人、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

必ず被保険者本人の署名をお願いします。

本人がどうしても書けない場合、家族の方が本人署名欄を代筆し、代理署名欄にも署名してください。

本人署名 富士見 太郎 代理人署名 富士見 花子

(裏面)

被保険者欄

申請年月日 : 申請を提出される年月日を記入してください。
※ケアマネジャー等が代行する場合は、ケアマネジャー等が記入します。

被保険者番号 : 介護保険の被保険者証（桃色）に記載の被保険者番号を記入してください。

個人番号 : 更新の場合、記載しなくて構いません。

保険者名・番号 : 加入している公的医療保険を記入してください。保険者番号については、富士見市国民健康保険の場合は「**110353**」と、富士見市の後期高齢者医療の場合は「**39112354**」（同じ埼玉県後期高齢者広域連合の場合でも発行元の市で番号が異なります）と記入してください。生活保護の場合は保険者名に「生保」と記入し保険者番号欄は空欄としてください。

医療保険被保険者証記号・番号・枝番 : 国保、社保の保険証の記号、番号、枝番を記入してください。生活保護の場合は記入不要です。後期高齢者医療の場合は番号欄に被保険者番号を記載してください。

フリガナ氏名 : 被保険者の氏名及びフリガナを記入してください。

生年月日 : 被保険者の生年月日を記入してください。

性別 : 被保険者の性別を記入してください。

住所 : 被保険者の郵便番号と住所を記入してください。

前回の要介護認定の結果等 : 前回の要介護認定の要介護状態区分と有効期間をご記入ください。

転入前の状況 : 14日以内に他の市区町村から転入してきた場合にのみ記入してください。

入院・入所の状況（過去6月間） : 申請日以前6ヶ月の間に、介護保険施設に入所したり、病院等に入院したりしたことがある場合は、介護保険施設（医療機関）の名称、所在地及び入所（入院）していた期間を記入してください。

提出代行者欄

介護サービスを利用されている方が、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者（ケアマネジャー）、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、又は介護医療院の職員が、提出を代行する場合に記入します。

自分自身又はご家族が申請する場合は記入不要です。

名称 : 介護保険施設若しくは地域包括支援センターの名称又は居宅介護支援事業者の事業所の名称を記入してください。

住所 : 介護保険施設若しくは地域包括支援センターの名称又は居宅介護支援事業者の事業所の所在地、郵便番号及び電話番号を記入してください。

主治医欄

主治医とは、かかりつけの医師をいいます。介護認定（更新）申請されますと、市から主治医に対し「意見書」の提出を依頼します。意見書は被保険者の身体の状態を把握し、適切な介護認定（更新）に不可欠なものです。主治医がいない場合は事前に相談してください。

主治医氏名 : 主治医（かかりつけ医）の氏名を記入してください。

医療機関名 : 主治医（かかりつけ医）の医療機関名を記入してください。

所在地 : 主治医（かかりつけ医）の医療機関の所在地を記入してください。

第二号被保険者記入欄

第二号被保険者の記入欄は、40歳以上65歳未満の方で、脳血管疾患など16種類の特定疾病により要介護認定を受けている方（受けようとする方）が記入する欄です。

特定疾病名 : 16種類の特定疾病のうち該当する特定疾病名を記入してください。