

※③は2号被保険者（40～64歳の方）のみ

※消えるボールペンは使用しないでください

わからない等、記入が困難な場合は
空欄でも受付します。

介護保険証に記載の10ケタの番号

次のとおり申請し

年月日

介護保険 被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	
医療保険 被保険者証	保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39131016
	記号		番号	000000	扶番号
被保険者	フリガナ	チヨダ タロウ		生年月日	昭和〇年〇月〇日
	氏名	千代田 太郎		性別	男
	住所	〒102-XXXX 東京都千代田区九段南〇丁目〇番〇号XXマンション〇〇〇号室 電話番号〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇			
	前回の要介護認定の結果等	要介護〇 ビル名・マンション名を記入 有効期限 令和〇年〇月〇日 から 令和〇年〇月〇日			
変更申請の理由	〇〇(病名)が悪化し寝たきりに近い状態で介護量が増加したため				
過去6月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	介護保険施設等の名称等・所在地 XX病院 〇階〇〇〇号室 千代田区九段南〇-〇-〇		期間 令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日		
有 無	医療機関等の名称等・所在地		期間 ~		
	医療機関等の名称等・所在地		期間 ~		

後期高齢者医療保険の場合、
記号・枝番は記入不要。
国民健康保険、社会保険は
保険者名・保険者番号・記
号・番号・枝番を記入。枝
番がない場合は記入不要。

現在の要介護・要支援区分、有効期間を記入。

施設、別宅、病院など本人が住民票と異なる場所にいる場合、実際に生活している場所を記入。
病院は**病棟・病室名**も記入。
退院、退所日不明の場合は「未定」と記入。
在宅の方は記入不要。

提出代行者	名称	社団法人〇〇健康福祉センター・〇〇市介護福祉事業所・〇〇市介護老人福祉施設・〇〇市介護老人保健施設・〇〇市介護老人保健施設		
	住所	ケアマネージャーや施設が代行申請する場合に記入		
電話番号				
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 (〇〇〇 科)	医療機関名	××病院
	所在地	〒102-XXXX 千代田区九段南〇-〇-〇		
電話番号 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇				

現在の本人の心身状況を把握している 医師名（1名フルネーム） ・診療科名・病院名・住所・電話番号・直近の診察日を記入。
※3ヶ月以上受診していない場合は意見書を記入してもらえるか、事前に主治医にご確認ください。

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 40歳から64歳の方は**特定疾病名**を主治医に確認して記入

介體保險被保險人 同収、未同収（紛争、調査時に同収）

本人氏名

千代田 太郎

代筆 九段 花子(長女)

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄

介護認定で得た資料をケアプラン作成等に使用することに同意する場合は本人氏名を署名。

代筆の場合は、本人氏名の下に代筆者の氏名・本人との関係を記入。

ご家族以外が代筆する場合は、本人が署名できない理由をご記入ください。

被保険者氏名

令和8年2月改定版

認定調査員への連絡事項

1. 調査日の調整はどなたに連絡すればよろしいですか。

☐ 本人

フリガナ

☐ 申請代行者（表面と同じ）

氏名

本人との関係

☐ その他（病院・施設等）

詳しく教えてください。

2. 調査の実施場所

☐ 申請書に記載の住所

☐ その他



3. 新規申請、要支

4. 入院中の場合、

入院理由

手術日



5. 現在治療中の病

☐ 高血圧 ☐ 糖

☐ その他

6. 該当する項目、

☐ 病名を本人に告げ

☐ 本人のいない場所

☐ 同時申請あり

☐ 調査を急いでほしい

理由（例：終末期のため）

☐ そのほか、調査員に事前にお知らせしておきたいことがあればご記入ください。

認定調査を行うにあたり教えていただきたい項目です。

1～6全ての項目にご回答の上、申請書と一緒に提出をお願いします。

<受付処理欄>

受付者

申請
方法

☐ 窓口
☐ 郵送