

【記入見本】

介護保険（要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定）申請書

坂出市長 様

次のとおり申請します。

① 申請年月日 令和7年12月16日

②	介護保険 被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	個人番号			
③	医療保険 被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番		
	坂出市	香川3	12345	01		
④	フリガナ	サカイテ タロウ		生年月日	昭和36年1月1日	
	氏名	坂出 太郎		性別	男	
	住所	〒762-0007 坂出市室町二丁目3-5 電話番号 0877-44-5090				
⑤	要介護・要支援更新 認定の場合のみ 記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援状態区分	1 2	
	有効期限	から				
	※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	]			
⑥	過去6月間の介護 保険施設・医療機 関等入院入所の 有無	介護老人保健施設 □□	期間	令和7年8月16日	～	令和7年10月1日
	○・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	～		
		○〇病院	期間	令和7年10月1日	～	令和7年12月3日
⑦	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	〒 ⑦ 電話番号				
⑧	主治医の氏名	坂出 花子	医療機関名	△△病院		
	所在地	〒762-8601 坂出市室町二丁目3-5 電話番号 0877-44-5091				
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						
⑨	特定疾病名	脳血管疾患				
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、および主治医意見書を坂出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。						
本人氏名 ⑩		代理人氏名				

【要介護・要支援認定(更新)申請書 記入の仕方】

- ① 申請書の提出日をご記入ください。
- ② 介護保険証に記載されている被保険者番号をご記入ください。(不明の場合は空欄でも構いません。)
- ③ 医療保険証に記載されている保険者名、保険者番号などをご記入ください。
- ④ 被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、電話番号をご記入ください。
- ⑤ ※更新申請の場合は、現在の認定度に○をつけ、認定有効期限をご記入ください。  
(新規申請の場合は不要です。)
- ⑥ 過去6か月以内の介護保険施設や医療機関等の入所入院状況について、「有」または「無」のいずれかに○をつけてください。  
「有」に○をつけた場合、右の項目に介護保険施設や医療機関等の名称や入院・入所期間をご記入ください。
- ⑦ ※被保険者に代わって申請を提出する居宅介護支援事業所等にかたのみご記入ください。  
(被保険者の親族が提出する場合は記入不要)
- ⑧ 被保険者の主治医の氏名、医療機関名、住所、電話番号をご記入ください。
- ⑨ ※2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のかたのみ、特定疾病をご記入ください。
- ⑩ 「本人氏名」には、被保険者の氏名をご記入ください。被保険者の氏名を代筆される場合は、代筆されたかたの氏名を「代理人氏名」にご記入ください。

【記入見本】

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

坂出市長 様

次のとおり申請します。

① 申請年月日 令和7年12月16日

② 介護保険被保険者番号 9999999999999999 個人番号

③ 医療保険被保険者番号  
 被保険者記号・番号 坂出市 保険者番号 370031  
 記号 香川3 番号 12345 枝番 01

④ 被保険者  
 フリガナ サカイテ タロウ 生年月日 昭和36年1月1日  
 氏名 坂出 太郎 性別 男  
 住所 〒762-0007 坂出市室町二丁目3-5  
 電話番号 0877-44-5090

⑤ 前回の要介護認定の結果等  
 \*要介護・要支援新認定の場合のみ記入  
 要介護状態区分 ① 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2  
 有効期限 令和7年8月1日 から 令和8年7月31日

⑥ 変更申請の理由  
 現在、脳梗塞で入院中。介助量が増え、特別養護老人ホームへ入所希望するため。

⑦ 過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無  

介護保険施設の種類等・所在地 介護老人保健施設 □□	期間	令和7年8月16日	～	令和7年10月1日
介護保険施設の種類等・所在地 〇〇病院	期間	令和7年10月1日	～	令和7年12月3日
介護保険施設の種類等・所在地 △△病院	期間	令和7年12月3日	～	

 (有) ・ 無

⑧ 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)  
 〒  
 電話番号

⑨ 主治医  
 主治医の氏名 坂出 花子 医療機関名 △△病院  
 〒762-8601  
 所在地 坂出市室町二丁目3-5  
 電話番号 0877-44-5091

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  
 ⑩ 特定疾病名 脳血管疾患

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、および主治医意見書を坂出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。

⑪ 本人氏名 代理人氏名

【要介護・要支援認定区分変更申請書 記入の仕方】

- ① 申請書の提出日をご記入ください。
- ② 介護保険証に記載されている被保険者番号をご記入ください。(不明の場合は空欄でも構いません。)
- ③ 医療保険証に記載されている保険者名、保険者番号などをご記入ください。
- ④ 被保険者の氏名、フリガナ、生年月日、性別、住所、電話番号をご記入ください。
- ⑤ 現在の認定度に○をつけ、認定有効期限をご記入ください。
- ⑥ 区分変更申請理由をご記入ください。
- ⑦ 過去6か月以内の介護保険施設や医療機関等の入所入院状況について、「有」または「無」のいずれかに○をつけてください。  
 「有」に○をつけた場合、右の項目に介護保険施設や医療機関等の名称や入院・入所期間をご記入ください。
- ⑧ ※被保険者に代わって申請を提出する居宅介護支援事業所等にかたのみご記入ください。  
 (被保険者の親族が提出する場合は記入不要)
- ⑨ 被保険者の主治医の氏名、医療機関名、住所、電話番号をご記入ください。
- ⑩ ※2号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のかたのみ、特定疾病をご記入ください。
- ⑪ 「本人氏名」には、被保険者の氏名をご記入ください。被保険者の氏名を代筆される場合は、代筆されたかたの氏名を「代理者氏名」にご記入ください。