

記 入 例

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	
(あて先) 中央区長 様		年 月 日 () 訪問調査	
次のとおり申請します。			
被 氏 名	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	申請年月日 平成 年 月 日
	フリガナ	チュウオウ ハナコ	生年月日 明・大・昭 0 0 年 0 0 月 0 0 日
保 住 所	住所	104-8404 中央区築地1丁目1番1号	性別 男 ・ 女
	調査先住所	① ●	電話番号 ○○○○-○○○○
険 連 絡 先 氏 名	連絡先氏名	○ ○ ○ ○ ② ●	電話番号 ○○○○-○○○○
	前回の要介護認定の結果等 <small>*要介護・要支援更新認定の場合のみ記入</small>	要介護状態区分 1 2 ③ 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2	有効期間 平成○○年○○月○○日 から 平成○○年○○月○○日 まで
者 過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	介護保険施設の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	③ ● 有・無	医療機関等の名称等・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・指定介護療養型医療施設)印	
	住所	〒 ④ ● 電話番号	
主 治 医	主治医の氏名	○ ○ ○ ○	医療機関名 ○ ○ 病院
	所在地	〒 ⑤ ●	電話番号 ○○○○-○○○○
2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	⑥ ●		
医療保険者名	●	医療保険者番号	
医療保険被保険者証記号番号		資格取得年月日	年 月 日
介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには必要があるときは、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、中央区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。			
区処理欄	課長	係長	入力 受付
			⑦ ● 本人氏名

① 認定調査先が住民登録地と同じ場合は、「**同上**」とご記入ください。

※入院中・施設に入所中の方や、住民登録地以外の場所に滞在している場合には調査先住所(及び病院・施設名)・電話番号を記入してください。

② 日中に連絡を取ることが可能な方の氏名と連絡先を記入してください。訪問調査の日程について等のご連絡をさせていただきます。(注：緊急連絡先の記入欄ではありません。)

③ どちらかに○印を付けてください。

※「有」に○を付けた方は、申請日より6カ月前までの入所施設・入院先の病院名・所在地及び期間(退院・退所予定がある場合は予定日)を記入してください。

④ 本人またはご家族が申請する場合は記入の必要はありません。

※地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者または介護保険施設が申請を代行する場合のみ記入・押印をしてください。

⑤ かかりつけ医の氏名・医療機関名・所在地は正確にご記入ください。

※この欄に記入されている病院宛に、主治医意見書の作成を区から依頼します。

⑦ 上記の文章を読み、同意される場合は署名してください。

⑥ 64歳以下の方は、必ず記入してください。(64歳以下の方は、申請時に健康保険証が必要です。)