

# 申請書記入例

\* 介護保険被保険者証(原本)・医療保険被保険者番号等がわかるもの(資格確認書、資格情報通知書等)をご提出ください。

別記様式第5号 (第15条関係)

## 介護保険 要介護・要支援認定等申請書

文京区長殿  
〔新規・更新・変更〕

次のとおり要介護・要支援認定を申請します。 ※ いずれかに○をつける。

※ 申請時に介護保険被保険者証及び医療保険被保険者番号等が分かるもの(資格確認書、資格情報通知書等)をお持ちください。  
※ 郵送などによる申請年月日は、区が受理した日となります。 記入年月日 年 月 日

申請代行者 本人が申請する場合は記入不要	申請代行者 名称・氏名	文京 花子	本人と の関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄)長女 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(福祉・老健・介護医療院) <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> その他( )
	住所又は 所在地	〒113-0000 文京区本郷1-0-0 文京△△マンション101 電話番号 03-9876-△△△△		

フリガナ	ブンキョウ タロウ		生年月日	昭和0年0月0日
氏名	文京 太郎		年齢	00 歳
介護保険 被保険者番号	0000567△△△	医療 保険者名	<input type="checkbox"/> 東京都後期高齢者医療広域連合 <input checked="" type="checkbox"/> 東京都国民健康保険(文京区) <input type="checkbox"/> その他( )	
保険 被保険者	記号 05-△△	番号 0000	枝番 01	保険者 番号 138057
住所	〒112-△△△△ 文京区春日1-0-0 (マンション・アパート名) △△ハイツ201 電話番号 03-1234-△△△△			

前回(現在)の 要介護認定の 結果等	要介護 1 (2) 3 4 5 要支援 1 2 非該当
変更申請の場合 のみ記入	有効期間 00年0月0日から00年△月△日まで ※ 14日以内に他自治体から転入した方のみ記入してください。 転出元自治体(市町村)名( ) 転出元自治体での要介護・要支援認定の状況 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中 理由(具体的に記入してください) 足腰が弱り、歩けなくなったため
現在の状況	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 入院 入所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設(福祉・老健・介護医療院) <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> ケアハウス <input type="checkbox"/> 養護老人ホーム <input checked="" type="checkbox"/> 介護付き有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 在宅型有料老人ホーム <input type="checkbox"/> サービス付き高齢者向け住宅 <input type="checkbox"/> その他( )
調査訪問先	00ホーム (入院中の場合)病棟・部屋番号 5 階 501号室
住所	〒113-0000 文京区本郷0-0-0 (マンション・アパート名) 電話番号 03-5678-△△△△

調査日程等 についての 連絡先	立会い 希望 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	氏名 文京 花子 本人との関係 長女 〒112-△△△△ 自宅電話番号 03-9876-△△△△ 住所 文京区本郷1-0-0 文京△△マンション101 日中連絡先 090-7654-△△△△
-----------------------	--	---

主治の医師	医療機関名 春日00病院 直近の受診状況 00年0月0日済 フリガナ (姓) カスガ (名) イチロウ 診療科目 (どちらかに記入) 内科 主治医氏名 春日 一郎 年 月 日 予定 所在地 〒112-△△△△ 電話番号 03-1122-△△△△ 文京区春日1-△△-△
-------	--

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入してください。

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、文京区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者が取得した心身の状況等の情報を、文京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、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親縁、介護予防・日常生活支援総合事業を行うもの、主治医意見書に係る医師または認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名 文京 太郎 代筆者氏名(成年後見人等又は申請・立会をした親族) 文京 花子(続柄 長女)

被保険者の個人番号	00000111110000
-----------	----------------

該当項目に○をつけてください。

居宅介護支援事業所、介護保険施設(指定介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護医療院)が提出代行する場合は、事業所名又は施設名、担当者名及び提出者名、住所、電話番号をご記入ください。それ以外の施設や、ご家族等が申請する場合は、お名前、住所、電話番号をご記入ください。

後期高齢者医療保険制度被保険者(75歳以上)の方は、以下の記入例の通り、「東京都後期高齢者医療広域連合」にチェックを入れ、「保険者番号」と「被保険者番号」をご記入ください。「記号」「枝番」は不要です。

医療 保険	保険者名 <input checked="" type="checkbox"/> 東京都後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 東京都国民健康保険(文京区) <input type="checkbox"/> その他( )	保険者 番号 39131057
被保険者	記号 12345678	番号 枝番

介護認定を受けている方は、現在の認定区分と有効期間をご記入ください。

変更申請の場合のみ、申請理由を具体的にご記入ください。

ご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ご記入ください。入院中の場合は病棟や病室もご記入ください。

調査日時の連絡の取れる方をご記入ください。できるだけご本人の状態がわかっているご家族の方がお立会いください。

ご本人の身体状況を把握されている医師(1名フルネーム)・診療科目・医療機関名・最近の受診状況(申請日までの1か月前後)・所在地・電話番号をご記入ください。

第2号被保険者(40歳から64歳まで)の方は、特定疾病名を主治医に確認の上ご記入ください。

原則、被保険者(ご本人)が署名してください。署名できない場合は、成年後見人等又は申請・立会をした親族の氏名、続柄をご記入ください。

個人番号がわからない等、記入が困難な場合は、空欄のままでも受付します。