別記様式第５号（第15条関係）

処理欄	受付	証の確認	申請入力	意見書依頼	申請書RS	調査員割当	備考	送付先
	窓・郵包・電	有・無						

センター受付者名

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○を付ける。

※　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

本人が申請する場合は記入不要

申請代行者				
申請代行者名称・氏名		本人との関係	□家族　続柄（　　） □指定居宅介護支援事業者 □地域密着型介護老人福祉施設	□地域包括支援センター □介護保険施設(福祉･老健･介護医療院) □その他（　　）
住所又は所在地	〒　　電話番号　　－　　－			

被保険者					
フリガナ			生年月日	年　月　日	
氏名					
介護保険被保険者番号			年齢	歳	
医療保険 保険者名	□東京都後期高齢者医療広域連合　□東京都国民健康保険（文京区） □その他（　　）		保険者番号		
医療保険 被保険者	記号	番号	枝番		
住所	〒　　電話番号　　－　　－ （マンション・アパート名）				
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 有効期間　　年　月　日から　　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　□認定済　・　□申請中				
変更申請の場合のみ記入	前回の認定時より　□悪化　□改善　□その他	理由（具体的にご記入ください。）			
現在の状況	□在宅　□入院 入所　□介護保険施設（□福祉□老健□介護医療院）　□グループホーム　□ケアハウス □養護老人ホーム　□介護付き有料老人ホーム　□住宅型有料老人ホーム □サービス付き高齢者向け住宅　□その他（　　）				
調査訪問先	（入院中の場合）病棟・部屋番号　　階　　号室				
住所	〒　　電話番号　　－　　－ （マンション・アパート名）				

調査日程等についての連絡先	立会い希望 □有 □無	氏名	本人との関係	
		〒 住所	自宅電話番号	－　－
			日中連絡先	－　－

主治の医師					
医療機関名				直近の受診状況（どちらかに記入）	年　月　日済 ・ 年　月　日予定
フリガナ	（姓）	（名）	診療科目		
主治医氏名					
所在地	〒　　電話番号　　－　　－				

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	

情報提供に関する「同 意 欄」

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、要介護等の認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、文京区から地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設の介護支援専門員及び主治医意見書を記載した医師に提供することに同意します。

被保険者本人氏名（自署又は代理人による署名）	代理人氏名（成年後見人等又は申請・立会をした親族）	（続柄　　）
	本人が署名できない理由	

被保険者の個人番号													