

申請書記入例

別記様式第5号(第15条関係)

* 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。

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

[新規・更新・**変更**]

文京区長殿

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

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)	保険者番号	39131057
医療	被保険者	記号	番号	枝番	12345678

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、この申請に関わったご家族が代筆し、代筆者の氏名、続柄、代筆理由(心身の状態など)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。

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	昭和〇年〇月〇日
氏名	文京 太郎		年齢	〇〇 歳
介護保険被保険者番号	0000567△△△		年齢	〇〇 歳
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()		保険者番号	138057
被保険者	記号	05-△△	番号	〇〇〇〇
	枝番	01		
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
有効期間	〇〇年〇月〇日から〇〇年△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
変更申請の場合のみ記入	前回の認定時より <input checked="" type="checkbox"/> 悪化 <input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> その他 理由(具体的にご記入ください。) 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 <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"/> 住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	〇〇ホーム (入院中の場合)病棟・部屋番号 5 階 501号室
住所	〒113-0000 文京区本郷〇-〇-〇 (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 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	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 春日〇〇病院	直近の受診状況 〇〇年〇月〇日済
	フリガナ (姓) カスガ (名) イチロウ 診療科目	(どちらかに記入)
	主治医氏名 春日 一郎 内科	年 月 日 予定
	所在地 〒112-△△△△ 文京区春日1-△-△	電話番号 03-1122-△△△△

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 文京 花子 (続柄 長女)
文京 太郎	(成年後見人等又は申請・立会をした親族) 本人が署名できない理由 手指の麻痺のため

被保険者の個人番号	〇〇〇〇△△△△〇〇〇〇
-----------	--------------