

記入方法

該当する所を○で囲んでください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
 (新規・更新・区分変更)

台東区長 殿
 次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

被保険者番号	0000100200	個人番号	000000000000			
医療保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合		保険者番号	39131065		
保険被保険者証	記号	番号	00000000	枝番		
フリガナ	タクト タク	生年月日	明・大・昭 ○年1月1日			
氏名	台東 太郎		年齢	85歳	性別	男
住所	台東区 東上野4丁目○番4号 電話 03 (1011) 1101					
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分等	要介護 1 2 3 4 5	要支援 1 2	有効期間	年 月 日 から 年 月 日	
申請理由	娘と二人で生活。最近腰が痛くて外出できない。トイレに行くことも大変である。ヘルパー希望。					
調査場所	現在入院・入所している場合	施設名	(階 号室) □介護保険施設 □その他			
		所在地	電話 ()			
		期間(予定)	年 月 日 から 年 月 日			
	その他の場合	台東区東上野○-1-1 (長女宅) 電話 03 (2022) 0222				
※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						
特定疾病名						
申請者	氏名	該当に○(本人・家族 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(福祉・老健・医療院)・その他()事業者番号())				
	(提出代行者)	台東 花子 (長女)				
	住所	台東区東上野○-1-1 電話 03 (2022) 0222				
主治医	医療機関名	フリガナ	姓	名	最近の受診日	
		○○病院	アサクサ	イ千ロウ	○月中旬頃	
	所在地	台東区西浅草1-○-1 電話 03 (0333) 3330				

医療保険の保険者名・保険者番号、記号・番号・枝番をご記入ください。

区分変更の場合は、現在の介護度と有効期間を記入してください。

現在のお体の状況や、ご希望のサービス(区分変更の方はご利用中のサービス)がありましたら、ご記入ください。

施設等、住所地以外にお住まいの場合や、入院中の方は必ずご記入ください。

・本人による申請や郵送申請の場合は、本人の氏名のみをご記入ください。
 ・家族が申請する場合は、申請する家族の方の氏名・続柄・住所・電話番号をご記入ください。
 ・ケアマネジャーや施設等の代行申請の場合は、事業所名、事業所番号、担当者氏名の記入をしてください。

現在のご本人の心身の状態をご存じの主治医をお一人フルネームでご記入ください。
 3ヶ月以上受診していない場合は、意見書を書いていただけるかどうか、事前に主治医にご確認ください。
 記入された主治医に対し、区から「意見書」の記入を依頼します。

下記のことについて同意します。
 (1) 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・意見及び主治医意見書を台東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、介護保険施設の関係人、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提供すること。
 (2) 認定調査のため、この申請書の写しを認定調査員に提供すること。

被保険者氏名(※必須) 台東 太郎 代筆者氏名 台東 花子 関係(長女)

認定調査立会い

※ 訪問調査時に立会いをされる方を記入してください。

フリガナ 氏名 台東 花子 (本人との関係)

日中の連絡先

(1) 03 (2022) 0222

(2) 090 (1230) 0567

調査日の都合の悪い曜日等 火曜日

内容をよくお読みの上、同意のうえご署名してください。
 代筆する場合は、本人氏名と、代筆者の氏名・本人とのご関係をお書きください。
 ※ケアマネジャー等への情報提供、認定調査の実施にあたり、同意が必要となります。

調査日程について連絡いたします。必ず日中に連絡のつく電話番号(携帯電話など)をご記入ください。

※40歳から64歳の方は、「特定疾病名」を記入してください。

- 申請に必要なもの
- 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
 - 介護保険被保険者証
 - 窓口に来る方の本人確認ができる書類(運転免許証等)
 - 郵送で申請される場合は、申請者の本人確認書類(運転免許証等の写し)