記入方法

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　平成　年　月　日

被保険者（認定を受ける人）

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	○○○○○○○○○○○○		
フリガナ	ﾀｲﾄｳ ﾀﾛｳ	生年月日	昭和○年１月１日		
氏名	台東　太郎	年齢	85歳	性別	男
住所	~~台東~~４丁目○番４号 **東上野**　電話 03（1○11）11○1				
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分等	要支援１			
	有効期間	平成２７年　１月　１日 から 平成２７年１２月３１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。ヘルパー週1回利用（火曜）。**				
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）	平成　年　月　日　から　平成　年　月　日			
	その他の場合 ※住所地と同じ場合は記入不要	**東上野○－1－1（長女宅）**　電話 03（2○22）○222			
※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「健康保険被保険者証」の写しを添付してください。					
特定疾病名		医療保険者名・記号・番号			

申請者

氏名（提出代行者）	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・療養）・その他（ 長女 ）〕 事業者番号（　） **台東　花子**　印　※本人・家族は印不要。
住所	**東上野○－1－1**　電話 03（2○22）○222

主治医

医療機関名	○○病院	フリガナ	姓 アサクサ	名 イチロウ	最近の受診日
		主治医氏名	浅草	一郎	○月中旬 頃
所在地	西浅草1－○－1　電話 03（○333）333○				

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　ﾀｲﾄｳ ﾊﾅｺ　本人との関係
氏名　**台東　花子**　（**長女**）
日中の連絡先
（1）**03**（2○22）○222
（2）**090**（123○）○567
調査日の都合の悪い曜日等　**火曜日**

印字されている内容が正しいかどうかご確認ください。
変更がある場合は、**二重線で消して訂正してください**。
※ 年齢・電話番号はご記入ください。

現在のお体の状況や、ご利用のサービスがありましたら、ご記入ください。

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。

・本人による申請の場合は、氏名をご記入ください。
・家族が申請する場合は、氏名を記入のうえ、住所・電話番号・その他（ ）に続柄をご記入ください。
・ケアマネジャーや施設等の代行申請の場合は、事業所番号の記入・社判押印をお願いします。

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。

内容をよくお読みのうえ、署名してください。
代筆する場合は、本人氏名と、代筆者の氏名とご関係をお書きください。

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。

※ 介護保険証を忘れずにお持ちください。
※ 40～65歳未満の方は、「特定疾病名」と「医療保険者名・記号・番号」を記入してください。また、申請の際には健康保険証の写しをお持ちください。