

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〕

| | |
|---|----|
| 保 | 入力 |
| 再 | |
| メ | |

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 | | | | 個 人 番 号 | | | | |
| | フリガナ | | | | 生 年 月 日 | | 明・大・昭 年 月 日 | | |
| | 氏 名 | | | | 年齢 | 歳 | 性 別 | 男 ・ 女 | |
| | 住 所 | | 台東区 電話 () | | | | | | |
| | 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 | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 | | | | | |
| | 申請理由 | | | | | | | | |
| | 調 査 場 所 | 現在入院・入所している場合 | 施設名 | (階 号室) <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 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 | 電話 () | | | | | | | |
| ※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（ ）〕 事業者番号 () 印 ※本人・家族は印不要。 | | | | | | | |
| | 住 所 | 電話 () | | | | | | | |
| 主 治 医 | 医療機関名 | フリガナ | 姓 | 名 | 最近の受診日 | | | | |
| | | 主治医氏名 | | | 頃 | | | | |
| | 所在地 | 電話 () | | | | | | | |

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) _____ 代筆者氏名 _____ 関係 () _____

| | |
|---------------------------------|--|
| 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 _____ 本人との関係 _____ |
| | 氏名 _____ () _____ |
| | 日中の連絡先 |
| | (1) _____ () _____ (2) _____ () _____ |
| 調査日の都合の悪い曜日等 | |

| | |
|----------------|---------------------|
| ※ 職員記入欄 | 受理日印 |
| 調査日: 年 月 日 () | |
| 時間: | |
| 調査員: | |
| 未 | 区・包括 () 受付者 [] |