

記入見本

申請年月日 令和〇年〇月〇日

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

豊島区長 様
次のとおり申請します

申請区分 新規 更新 変更

◆該当する申請区分にチェックしてください。
■要支援・要介護の有効期間中に介護認定を見直したい場合は「変更申請」となります。
■変更申請の場合は、**変更申請の理由欄**をご記入ください。

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	※記入が無い場合でも受付いたします。
医療保険	医療保険者名	記号番号	
フリガナ	トシマ フクろう		
氏名	豊島 福朗		
住所 (住民票上)	〒 171-**** (電話番号) 03-****-****		
	豊島区〇〇 1-〇-〇		
現在の本人のいる場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住所と同じ) <input checked="" type="checkbox"/> 病院等に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他(家族宅等)		
	病院名・施設名・家族名等	〇〇病院	
	所在地 〒170-**** (電話番号) 03-****-****	豊島区〇〇 10-〇-〇	
現在の認定内容	要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3)	
	有効期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日	
※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入してください。			
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)		はい ・ いいえ	
転出元自治体 (市町村)名	「はい」の場合、申請日 年 月 日		
変更申請の理由	<input checked="" type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善		
	具体的に記入 (いつからどのように身体状態・認知症状が変わったか、それによる 1/7に自宅で転倒し、右大腿骨骨折した。2/1に入院し手術した。 日常生活全般に介助が必要になった。)		
※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入		※医療保険証	
特定疾病名	◆40歳~64歳の方は、必ずご記入ください。 ※申請時には医療保険証のコピーが必要です。		

◆加入している医療保険の名称、被保険者の記号・番号を記入してください。
※記入が無い場合でも受付いたします。

◆自宅(住所と同じ)以外にチェックした場合はご記入ください。

◆前回の要介護度認定の結果があればご記入ください。

◆前回認定時より悪化、もしくは改善したかをチェックしてください。
※変更申請理由を具体的に記入ください。

◆40歳~64歳の方は、必ずご記入ください。
※申請時には医療保険証のコピーが必要です。

◆主治医に申請する事を伝え、受診後に申請してください。
※最近の受診年月(申請日までの1か月以内)をご記入ください。
※医師の氏名はフルネームをご記入ください。

◆事業者の申請代行の場合は、事業者名と担当者名をご記入ください。

◆認定結果は原則として住民票上の住所に郵送します。
認定結果を上記申請代行者の**ご家族あて**に郵送する場合は〇をお願いします。

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、又は保険給付の制限等に該当した場合は、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、又は保険給付の制限等に係る内容を、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若しくは介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に情報提供することに同意します。

本人氏名 豊島 福朗

◆ケアマネジャー、主治医等に情報提供することに同意する場合はご記入ください。

裏面もご記入ください。

訪問調査について（兼訪問調査員用連絡票）

被 保 険 者 番 号										被 保 険 者 氏 名	
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	(フリガナ) トシマ フクロウ ① 豊島 福朗	
1. 調査日の連絡調整先		ケアマネジャーの () フリガナ トシマ カナメ ② 場合は事業所名 氏名 豊島 要 続柄 長男									
平日昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください		※ 平日昼間に連絡の取れる電話番号を優先順に記入してください ① 080-0000-0000 (携帯・自宅・勤務先) ② 03-0000-0000 (携帯・自宅・勤務先)									
2. 調査時の立会者 可能な限り、日頃の状態がわかる方の立会いをお願いします		□ なし ③ ケアマネジャーの () フリガナ トシマ カナメ ☑ あり 氏名 豊島 要 続柄 長男 電話 080-0000-0000									
3. 訪問調査先 ④		□ 住民票上の住所 ☑ 入所先・入院先 住所 豊島区〇〇 10-〇-〇 施設・病院名 〇〇病院 病棟 3階西 電話 03-0000-0000 【入院理由】 □検査 ☑手術 □リハビリ □その他 () □ その他滞在先 滞在期間 月 日 ~ 月 日頃 住所 フリガナ 続柄 電話 氏名									
4. 申請目的 ⑤		□ 訪問介護 □ 通所介護 □ 福祉用具の貸与・購入 □ 住宅改修 □ 訪問看護 ☑ 介護保険施設等の利用 □ その他 ()									
5. その他留意事項 ⑥ 右記に該当する項目があればご記入ください		<ul style="list-style-type: none"> ご家族同時申請の場合はその方の氏名 (豊島 福子(妻)) 調査において特に配慮が必要なこと (認知症状については本人のいないところでお願いします。) 終末期等急ぎの場合はその理由 (終末期のため早めの調査をお願いします。) 都合の悪い日 (火・金(透析)) その他 (日中電話に出られないことが多いので、留守番電話に入れていただければ折り返します。) 									
申請にあたっての注意事項（重要）		新規申請される方で、現在、医療機関等が実施する訪問看護や訪問リハビリテーションを自宅で受けている方や病院・クリニック等に通ってリハビリテーションを受けている方は、認定申請を出したことを利用中の医療機関等に連絡してください。									

【上記①～⑥の補足説明】

- ①被保険者番号と被保険者の氏名、フリガナを記入してください。
- ②訪問調査を行う日時について連絡をとっていただける方となります。氏名・フリガナ・続柄・電話番号等の記入をお願いいたします。電話番号は、平日昼間に連絡の取れる番号を記入してください。連絡先がケアマネジャーの場合は、事業所名もご記入ください。
- ③立会者がいる場合は、氏名・フリガナ・続柄等を記入してください。ケアマネジャーの場合は、事業所名もご記入ください。調査時はご本人様の日頃の様子を認識しているご家族様や、ケアマネジャーなどの方に出来るだけ立ち会いをお願いいたします。立ち会いができない場合には、「なし」にシ点チェックを記入してください。
- ④調査を行う場所を記入してください。住民票上の住所と同じ場合はシ点チェックのみ記入してください。入所先・入院先で調査を行う場合は、施設や病院名及びその住所を記入してください。（表面と同じ場合でも再度記入をお願いいたします）病院の場合は可能な限り病棟を記入してください。「その他滞在先」とは、住民票上の住所または施設や病院以外での調査を希望する場合の記入欄です。チェックを入れた場合は滞在先の方の住所・氏名・フリガナ・続柄・電話番号・滞在期間をご記入ください。
- ⑤申請目的欄のチェックは必須ではありませんが、現時点で利用したいサービスについてわかる範囲でチェックをお願いいたします。（複数チェックが可能です）
- ⑥「例文」を参考に、該当することがあれば記入してください。