

## 《申請に必要なもの》

- ①申請書
  - ②介護保険被保険者証（原本）
  - ③資格者証等、医療保険の加入が確認できるもの
  - ④裏面の「認定調査員への連絡事項」
- ※③は2号被保険者（40～64歳の方）のみ

## 《申請書記入例》

※消えるボールペンは使用しないでください

わからない等、記入が困難な場合は空欄でも受付します。

後期高齢者医療保険の場合、記号・枝番は記入不要。  
国民健康保険、社会保険は保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番を記入。枝番がない場合は記入不要。

施設、別宅、病院など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記入。  
病院は病棟・病室名も記入。  
退院、退所日不明の場合は「未定」と記入。  
在宅の方は記入不要。

現在の本人の心身状況を把握している医師名（1名フルネーム）・診療科名・病院名・住所・電話番号・直近の診察日を記入。  
※3ヶ月以上受診していない場合は意見書を記入してもらえるか、事前に主治医にご確認ください。

| 介護保険                                                                                                                                          |                                                                   | 要介護認定・要支援認定 |       | 申請書              |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------|------------------|----|
| 千代田区長様 介護保険証に記載の10ケタの番号                                                                                                                       |                                                                   |             |       |                  |    |
| 次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日                                                                                                                       |                                                                   |             |       |                  |    |
| 介護保険被保険者番号                                                                                                                                    | 0000000000                                                        |             | 個人番号  | 0000000000000000 |    |
| 医療保険被保険者名                                                                                                                                     | 東京都後期高齢者医療広域連合                                                    |             | 保険者番号 | 39131016         |    |
| 医療保険被保険者証                                                                                                                                     | 記号                                                                |             | 番号    | 000000           | 枝番 |
| フリガナ                                                                                                                                          | チヨダ タロウ                                                           |             | 生年月日  | 昭和〇年〇月〇日         |    |
| 氏名                                                                                                                                            | 千代田 太郎                                                            |             | 性別    | 男                |    |
| 住所                                                                                                                                            | 〒102-XXXX 東京都千代田区九段南〇丁目〇番〇号XXマンション〇〇〇号室                           |             |       |                  |    |
|                                                                                                                                               | ビル名・マンション名を記入 電話番号 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇                                  |             |       |                  |    |
| 前回の要介護認定の結果等                                                                                                                                  | 要介護〇                                                              |             |       |                  |    |
| 有効期限                                                                                                                                          | 年 月 日 から 年 月 日                                                    |             |       |                  |    |
| 転出元自治体(市町村)名                                                                                                                                  | 〔 〕                                                               |             |       |                  |    |
| ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入                                                                                                                        | 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既に転出後連絡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                                                          |             |       |                  |    |
| 過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無                                                                                                                  | 「はい」の場合、申請日                                                       |             |       |                  |    |
| 介護保険施設等の名称等・所在地                                                                                                                               | XX病院 〇階〇〇〇号室                                                      |             | 期間    | 〇年〇月〇日 ～ 〇年〇月〇日  |    |
| 介護保険施設等の名称等・所在地                                                                                                                               | 千代田区九段南〇—〇—〇                                                      |             | 期間    | 未定               |    |
| 医療機関等の名称等・所在地                                                                                                                                 | XX病院 〇階〇〇〇号室                                                      |             | 期間    | 〇年〇月〇日 ～ 年 月 日   |    |
| 医療機関等の名称等・所在地                                                                                                                                 | 千代田区九段南〇—〇—〇                                                      |             | 期間    | 年 月 日 ～ 年 月 日    |    |
| 有・無                                                                                                                                           | 有                                                                 |             | 期間    | 年 月 日 ～ 年 月 日    |    |
| 提出代行者                                                                                                                                         | 名称 千代田区長様・千代田区社会福祉協議会・千代田区老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院                   |             |       |                  |    |
| 住所                                                                                                                                            | 〒 ケアマネージャーや施設が代行申請する場合に記入                                         |             |       |                  |    |
|                                                                                                                                               | 電話番号                                                              |             |       |                  |    |
| 主治医                                                                                                                                           | 主治医の氏名 〇〇 〇〇 (〇〇〇 科)                                              |             | 医療機関名 | XX病院             |    |
|                                                                                                                                               | 所在地 〒102-XXXX 千代田区九段南〇—〇—〇                                        |             | 電話番号  | 〇〇(〇〇〇〇) 〇〇〇〇    |    |
| 第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入                                                                                                                 |                                                                   |             |       |                  |    |
| 特定疾病名                                                                                                                                         | 40歳から64歳の方は特定疾病名を主治医に確認して記入                                       |             |       |                  |    |
| 介護サービス 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、〇〇市（町村）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若しくは介護保険施設の関係人、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提示することに同意します。 |                                                                   |             |       |                  |    |
| 介護保険被保険証 回収・未回収（紛失・調査時に回収）                                                                                                                    |                                                                   |             |       |                  |    |
| 本人氏名 千代田 太郎                                                                                                                                   |                                                                   |             |       |                  |    |
| 代筆 九段 花子（長女）                                                                                                                                  |                                                                   |             |       |                  |    |

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄。介護認定で得た資料をケアプラン作成等に使用することに同意する場合は本人氏名を署名。代筆の場合は、本人氏名の下に代筆者の氏名・本人との関係を記入。ご家族以外が代筆する場合は、本人が署名できない理由をご記入ください。

被保険者氏名

## 認定調査員への連絡事項

## 1. 調査日の調整はどなたに連絡すればよろしいですか。

- ☐ 本人  
☐ 申請代行者（表面と同じ）  
☐ その他（病院・施設含む）

フリガナ  
氏名

本人との関係

電話①

電話②

ください。

## 2. 調査の時に立ち会い

（実態に合った調査をするため）

をお願いします）

- ☐ 立ち会いあり

氏名

電話①

※平日昼間

## 3. 調査実施場所はどこ

- ☐ ① 申請書に記載の住所

- ☐ ② その他

病院名・施設

所在地

認定調査を行うにあたり教えていただきたい項目です。

階）

## 4. ご都合のつかない

〔

※認定調査は平日に実施  
 ※調査の日時指定は、

## 5. 現在、通院したり

- ☐ なし

- ☐ あり → （病名）

## 6. 該当する項目、すべて

- ☐ 病名を本人に告げていない  
☐ 本人のいない場所で調査  
☐ 同時申請者あり  
☐ 調査を急いでほしい

理由（例：終末期のため）

- ☐ 入院中

入院理由：

退院予定日：

- ☐ そのほか、調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入ください。

〈受付〉

受付者

担当者

☐ 窓口☐ 郵送