

《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医療保険証（写）
- ④介護認定申請（新規）にあたっての質問票
- ※④は新規申請、支援からの区分変更申請のみ

《申請書記入例》

※消えるボールペンでは記入しないでください

わからない等、記入が困難な場合は空欄でも受付します。

※左記は後期高齢者医療被保険者に加入の例です。記号・枝番は記入不要です。※国民健康保険、社会保険の方は保険者名・保険者番号・記号・番号・枝番をご記入ください。枝番がない場合は記入不要です。

本人、家族、入院先や施設の職員、ケアマネージャーなど、調査日時との連絡の取れる方をご記入ください。※進捗状況や介護度等、申請に関するお問い合わせは本書類に連絡先がある方のみ回答可能です。

自宅にいる場合は☑在宅、自宅外、施設や病院にいる場合は☑入院・入所と場所を下段欄にご記入ください。

施設、別宅、病院などご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ご記入ください。病院は病棟・病室名もご記入ください。期間は退院、退所日不明の場合は「未定」とご記入下さい。在宅の方は記入不要です。

現在のご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
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

千代田区長 様
次のとおり申請し

介護保険証に記載の10ケタの番号。

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	00000000	枝番		
フリガナ	千ヨダ タロウ		性別	男	女	
氏名	千代田 太郎		生年月日	明治・大正 昭和 〇年 〇月 〇日	電話	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇
住所	〒102-xxxx 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		認定調査を行う際の連絡先 氏名	九段 花子	続柄	長
住所	ビル名・マンション名もご記入ください。		住所	千代田区外神田〇	電話	〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇
前回の要介護認定の結果等	*14日以内に他自治体から転入した場合のみ記入		転出自治体(市町村)名	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 「はい」の場合、申請日 年 月 日		
現在の状況にチェックしてください	<input type="checkbox"/> 在宅		<input checked="" type="checkbox"/> 入院			
現在6月間の介護保険施設・医療機関等への入院、入所(除くショートステイ)	介護保健施設・医療機関等の名称・所在地		未定			
	xx病院 〇階〇〇〇号室 (千代田区九段南〇-〇-〇)		期間 〇年 〇月 〇日 ~ 年 月 日			

提出代行者	名称	該当に〇(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設)
	住所	〒

主治医について	該当に〇主治医が	主治医がいる方(入院・通院中の方は入院・通院先の医師など) *現在のあなたの心身の状況をよくわかってる医師	直近の診察日	〇年 〇月 〇日
	医師氏名(1名のみ)	〇〇 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	〇〇 (〇〇〇〇) 〇〇〇〇

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険被保険者)	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の上、ご記入ください。
---------------------------	-------	-------------------------------------

ケアマネージャー等への情報提供に関する同意欄です。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してください。代筆の場合は、本人氏名の下に代筆者の氏名・本人との関係をご記入ください。	本人氏名	千代田 太郎
	代筆	九段花子(長女)