

介護保険 { 要介護認定・要支援認定 } 申請書  
 要介護更新認定・要支援更新認定

千代田区長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号												個人番号																	
	医療 保険	保険者名												保険者番号																
		被保険者証		記号												番号												枝番		
	フリガナ												生年月日		年 月 日															
	氏名												性別																	
	住所												電話番号																	
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入												有効期限		から													
			※14日以内に 他自治体か ら転入した 者のみ記入		転出元自治体(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															
	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		介護保険施設等の名称等・所在地												期間		～													
			介護保険施設等の名称等・所在地												期間		～													
医療機関等の名称等・所在地													期間		～															
有・無			医療機関等の名称等・所在地												期間		～													

提出 代行 者	名称	該当に○ (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・介護病棟)																		
	住所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所在地	〒										電話番号											

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															
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、主治医意見書、千代田区が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、千代田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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

(裏面もご記入ください)

本人氏名 \_\_\_\_\_

## 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 \_\_\_\_\_

※平日昼間に連絡の取りやすい電話番号を順番に記入してください。

立会いの有無  あり  なし

2. 調査の実施場所はどこですか？

 申請書に記載の住所  建物名・ビル名  なし  あり：( \_\_\_\_\_ ) その他

病院名・施設名・家族名等 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_ (病棟・建物名 \_\_\_\_\_ 階)

電話番号 \_\_\_\_\_

3. 新規申請、要支援からの区分変更申請の場合、申請理由をご記入ください。

4. 入院中の場合、入院理由と手術日をご記入ください。

入院理由 [ \_\_\_\_\_ ]

手術日  \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

5. 現在治療中の病気や過去にかかったことのある病気をご選択ください。

 高血圧  糖尿病  脳血管疾患  \_\_\_\_\_ がん  腰痛・膝痛など その他 [ \_\_\_\_\_ ]

6. 該当する項目、全てにチェックをつけてください。

 病名を本人に告げていないので配慮してほしい。 本人のいない場所で聞き取りをしてほしい。 同時申請あり  その方の氏名 ( \_\_\_\_\_ ) 調査を急いでほしい

理由 (例：終末期のため \_\_\_\_\_ )

 そのほか、調査員に事前にお知らせしておきたいことがあればご記入ください。

&lt;受付処理欄&gt;

受付者		申請方法	<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送
-----	--	------	--

介護保険被保険者証 回収・未回収(紛失・調査時に回収)