別記様式第５号（第15条関係）

処理欄	受付	証の確認	申請入力	意見書依頼	申請書RS	調査員割当	備考	送付先
	窓・郵包	有・無						

センター受付者名

介護保険　要介護・要支援認定等申請書

文京区長殿　　［　新規　・　更新　・　変更　］

次のとおり要介護・要支援認定を申請します。　　※いずれかに○をつける

※　申請時に介護保険被保険者証をお持ちください。

※　郵送などによる申請年月日は、区が受理した日となります。　　申請年月日　　年　　月　　日

被保険者				
	フリガナ		生年月日	年　月　日
	氏　名			
	被保険者番号		年齢	歳
	住　所	〒　電話番号　－　－ （マンション・アパート名）		
	前回(現在)の認定区分	要介護　１　２　３　４　５　　要支援　１　２　　非該当		
		有効期間　年　月　日　から　年　月　日　まで		
		※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入してください。 転出元自治体（市町村）名〔　　〕 転出元自治体での要介護・要支援認定の状況　認定済　・　申請中		
	変更申請理由	（具体的にご記入ください。）		
	現在の状況	在宅・入院・入所（介護保険施設・有料老人ホーム・グループホーム）その他（　　）		
	訪問先	（入院中の場合）病棟・部屋番号　　階　　号室		
	訪問先住所	〒　電話番号　－　－ （マンション・アパート名）		

調査日程等についての連絡先	氏名	被保険者との関係	
	〒 住所	自宅電話番号	－　－
		日中連絡先	－　－
		調査時立会い	希望する　・　希望しない

提出代行者		
	名　称	該当に○（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・**その他**：　　）　印
	住　所	〒　電話番号　－　－

主治の医師				
	氏　名		診療科目	
	＊医療機関名が上記入院先と同じ場合は、記入する必要はありません。			
	医療機関名		最近の受診年月	年　月頃
	所在地	〒　電話番号　－　－		

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の医療保険加入者）の方のみ記入してください。

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

同意書

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、要介護等の認定に係る調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見及び主治医意見書を、文京区から地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設の介護支援専門員及び主治医意見書を記載した医師に、提供することに同意します。

本人氏名（自署）

代筆者氏名　　（続柄　　）

（代筆理由　　）

被保険者の個人番号													