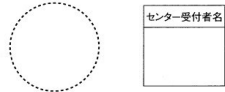


# 申請書記入例

\* 介護保険被保険者証(原本)をお持ちください。

処理欄	受付 窓・郵包	証明 有・無	の認 入	請力 依	意見書 類	申請書 R S	調査員 割	調査員 当	備考	送付先
-----	------------	-----------	---------	---------	----------	------------	----------	----------	----	-----



## 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

該当項目に○をつけてください。

申請日：窓口へ提出する日

介護保険被保険者証の内容をご記入ください。

介護認定を受けている方は、現在の認定区分と有効期間をご記入ください。

変更申請の場合は、申請理由を具体的にご記入ください。

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。入院中の場合は病棟や病室もご記入ください。

調査日時との連絡の取れる方をご記入ください。できるだけご本人の状態がわかっているご家族の方がお立会いください。

居宅介護支援事業所、介護保険施設が申請代行する場合には事業所印を押してください。ご家族等の場合は、お名前とその他の欄に続柄、住所、電話番号をご記入ください(ご家族等の場合は押印は不要です)。

ご本人の身体状況を把握されている医師(1名フルネーム)・診療科目・医療機関名・最近の受診年月(申請日までの1か月以内)・所在地・電話番号をご記入ください。

第2号被保険者(40歳から64歳まで)の方は、医療保険の保険者名及び記号番号をご記入いただくため医療保険被保険者証をお持ちください。特定疾病名は主治医に確認の上ご記入ください。

原則、被保険者(ご本人)が署名してください。署名できない場合は、この申請に関わったご家族が代筆し、代筆者の氏名、続柄、代筆理由(心身の状態など)をご記入ください。

個人番号がわからない等、記入が困難な場合は、空欄のままでも受付します。

被 保 険 者	フリガナ	ゲンキョウ タロウ		生年月日	昭和○年○月○日
	氏名	文京太郎		年齢	○○歳
	被保険者番号	0000567△△△		要介護	1 ② 3 4 5
	住所	〒112-△△△△ 文京区春日1-0-0 △△ハイム201 (マンション・アパート名)		要支援	1 2 非該当
	有効期間	○○年○月○日 から ○○年△月△日まで		認定済	申請中
	変更申請理由	足腰が弱り、歩けなくなったため		認定済	申請中
	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( )		認定済	申請中
	訪問先	○○ホーム (入院中の場合)病棟・部屋番号 5 階 501号室		認定済	申請中
	訪問先住所	〒113-0000 文京区本郷0-0-0 (マンション・アパート名)		認定済	申請中
	調査日程等 についての 連絡先	氏名	文京花子	被保険者との関係	長女
提 出 代 行 者	住所	〒113-0000 文京区本郷1-0-0 文京△△マンション101		自宅電話番号	03-9876-△△△△
	名称	文京花子		日中連絡先	090-7654-△△△△
	住所	〒113-0000 文京区本郷1-0-0 文京△△マンション101		調査時立会い	希望する・希望しない
主 治 の 医 師	氏名	春日 一郎	診療科目	内科	
	医療機関名	春日○○病院		最近の受診年月	○○年○月頃
	所在地	〒112-0000 文京区春日1-△-△		電話番号	03-1122-△△△△
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)	文京太郎		代筆者氏名	文京花子 (続柄長女)
				代筆理由	手指の麻痺のため
被保険者の個人番号		0000△△△△0000			