

見本

※詳しくは裏面をご覧ください

(送付先)

大田区役所 福祉部 介護保険課認定担当

〒144-8621 大田区蒲田 5-13-14

電話:03-5744-1669

①

介護保険要介護・要支援認定申請書(新規 ・ 更新 ・ 区分変更 ・ 転入)

(大田区長宛) 次のとおり申請します。

記入年月日	〇〇年〇月〇日	被保険者番号	0000000000
フリガナ	オオタ ハナコ	個人番号	0000000000000000
氏名	大田 花子 (〇〇歳)	生年月日	明・大・昭 〇〇年〇〇月〇〇日
住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大田区蒲田 5-13-14		
現在の要介護度	要支援() 要介護()	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 日
区分変更時のみ記載	前回の認定時より	悪化・改善	理由

被保険者と同じ場合は省略可

フリガナ	オオタ タロウ	本人との関係	家族(子)・地域包括支援センター 居宅介護支援事業者等・介護老人福祉施設(特養) 介護老人保健施設・介護医療院・介護療養型医療施設 社会保険労務士・成年後見人・()
氏名	大田 太郎	住所(施設、事業者の場合は名称も記載)	居宅介護支援事業者等の場合は捺印
申請代行者		電話番号	()

フリガナ	カイゴ ツトム	医療機関名	東蒲田病院
氏名	介護 務	診療科	
医療機関所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇 大田区東蒲田3-1-1		
連絡先	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	最終受診月	〇〇年〇月 通院・往診・入院

64歳以下の方のみ記入	医療保険検証の写しを添付してください。		
特定疾病名	医療保険者名	医療保険証記号番号	

7	介護保険・医療・保健・その他の福祉サービスの提供に必要なときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、要介護認定結果及び主治医意見書を、大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、介護保険施設のケアプラン作成者、主治医意見書を記載した医師及び区役所内関係部署に提示することに同意します。		
本人氏名	大田 花子	代筆者氏名	(本人との関係)

8	本人の状況 入所・入院・一人暮らし・家族同居(日中一人・日中一緒)・その他()		
訪問調査時の立会い(日中の連絡先)	立会人(有・無)	フリガナ氏名	オオタ タロウ 大田 太郎
調査場所	名称	住所	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
1 自宅	東蒲田病院	入院日等	〇〇年〇月〇日から 〇〇年〇月〇日まで
2 入院先	〒〇〇〇-〇〇〇〇	特	
3 入所先	大田区東蒲田3-1-1	申請日	
4 その他	入院中の場合お書きください。 〇病棟 〇〇〇号室	電話番号	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇

連絡事項	ご都合の悪い日、退院・転院・調査場所の変更予定等、調査員へ伝えておきたいことがございましたら、お書きください。		
------	---	--	--

受付場所
受付担当者
郵送窓口

入力担当者
担当
大森 調布 蒲田
資格者証

負担割合証
意見書
在宅・施設
新規・継続
意見書入手日

調査票入手日
被保険者証
有 / 無
特

指定に際して医師の了承を得るようお願いいたします。

申請書記入時の注意点

※消せるボールペン(フリクションなど)での記入はしないでください。

- ① 新規・更新・変更・転入のいずれか該当するものを○で囲んでください。
- ② 被保険者(本人)の「被保険者番号」「氏名・フリガナ」「生年月日・性別・年齢」「郵便番号・住所・日中の連絡先」をご記入ください。
(注1) 被保険者番号10桁は介護保険被保険者証をご参照ください。
(注2) 「個人番号(マイナンバー)」12桁のご記入についてご注意ください。記入を前提としておりますが、未記入であっても制度導入前と同様に処理します。この場合、確認書類は必要ありません。
○個人番号が記載された申請書や届出書を申請する際の必要な書類については、「番号制度導入に伴う大田区介護保険課各種申請手続きについて」をご覧ください。
○大田区ホームページ→申請書ダウンロード→介護→介護保険各種申請用紙ダウンロード→個人番号の記載が必要な申請について
- ③ 更新申請・区分変更・転入申請の場合には、現在受けている認定の「要介護度区分」とその「有効期間」をご記入ください。
また、区分変更申請の場合には、「その理由」を詳しくご記入ください。
例) 転倒し、右大腿骨を骨折。介護の手間が増加したため
- ④ 申請書の内容について問い合わせをする場合がありますので、正確にご記入ください。※申請者が、被保険者の場合は省略ができます。
家族・社会保険労務士・成年後見人以外は、事業所印が必要です。
有料老人ホームやグループホームなどは、施設としての代行申請が認められていません。
- ⑤ 『主治医意見書』を作成する、「医療機関名(病院名)・医師名・診療科」、「医療機関の所在地・電話番号」、「最終受診月」をご記入ください。なお、主治医の指定に際しては、必ず医師の了承を得るようお願い致します。
- ⑥ 65歳未満の方は、ご記入をお願いします。申請時には、医療保険の被保険者証の写しを添付してください。「特定疾病」についてご不明な点は、お問い合わせください。
- ⑦ 本人氏名欄について、記入があれば、ケアマネジャー、地域包括支援センター等から要介護認定に係る資料等の求めがあったとき、あなたのケアプラン作成のために情報提供をすることができます。
また、主治医意見書を記載した医師から要介護等について求めがあったとき、情報提供をすることができます。
- ⑧ 訪問調査を実施する場所や調査時の立会人について正確にご記入ください。日程の調整等を行いますので、日中に連絡の取れる電話番号をご記入ください。