

# 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 介護保険課申請受付担当  
〒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)

(大田区长宛) 次のとおり申請します。

被保険者と同じ場合は省略可

指定に際して医師の了承を得てください。

○をしてください。

記入年月日	〇〇年 〇月 〇日	被保険者番号	00000000000000
フリガナ	オオタ ハナコ	個人番号	00000000000000000000
氏名	大田 花子 (〇〇歳)	生年月日	明・大・昭 〇〇年 〇月 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 日 日 ~ 年 日 日
区分変更時のみ記載	前回の認定時より 悪化・改善	理由	医療保険情報は、64歳以下の方は必ずご記入ください。
医療保険 保険者名	〇〇〇〇〇組合		保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者証 記号	〇	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇 枝番 ※不明の場合は記載不要
フリガナ	オオタ タロウ	本人との関係	家族(子)・居宅介護支援事業者等(地域包括支援センター・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	電話番号 〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
住所	〒 同上		
フリガナ	カイゴ ツトム	医療機関名	東浦田病院
氏名	介護 務	診療科	内科
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
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
7歳以下の者のみ記入	※64歳以下の方は、医療保険証の写しを添付		
特定痲病名			
情報欄	介護保険・医療・保健・その他の福祉サービスの提供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、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。 ※要自筆		
本人氏名	大田 花子	代筆者氏名	大田 太郎 (本人との関係 子)
本人の所在	自宅・施設入所・入院・その他( ) 「本人の所在」欄、は、申請日のご本人の所在場所をご記入ください。		
同居の有無	※入所・入院中の場合は、退所後の状況に〇 独居		
訪問調査時の立会い(日中の連絡先)	立会人 有・無	フリガナ	オオタ タロウ
氏名	大田 太郎	本人との関係	子
①自宅(携帯・職場・施設)	〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇	②自宅(携帯・職場・施設)	〇〇〇(〇〇〇〇)〇〇〇〇
調査場所	名称 ※自宅以外(施設・病院・その他)	入所・入院日	〇〇年 〇月 〇日から
1 自宅	東蒲田病院	退所・退院日	〇〇年 〇月 〇日まで
2 入院先	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	取受印	
3 入所先	所在地 大田区東蒲田3-1-1		
4 その他	※入院中の場合は記載 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ご記入ください。		

受付場所
受付担当者
郵送 窓口
入力担当者
大森 調布 介護
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
申請日

# 申請書記入時の注意点

※こすっても消えないペン・ボールペン  
等でご記入ください。

- 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は、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。  
ご記入を頂いた場合は、申請者及び代理人の身元確認及び被保険者の番号確認書類が必要になります。
- 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 医療保険の情報について、64歳以下の方は健康保険証をご参照の上ご記入ください。「枝番」が不明な場合は、空欄のままご提出ください。  
65歳以上の方は医療保険情報が未記入であっても、申請を受付いたします。
- ⑤ 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、被保険者の場合はご記入は不要です。  
有料老人ホームやグループホームなどは、施設の代行申請が認められていません。
- ⑥ 『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、主治医のお名前はフルネームで記入し、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。（3か月以上未受診の場合は、受診していただきますようお願い致します。）
- ⑦ 64歳以下の方は、ご記入と、医療保険の被保険者証の写しの添付をお願いします。「特定疾病」について、ご不明な点はお問い合わせください。
- ⑧ 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。「本人氏名・代筆者氏名」の記入は自筆でお願い致します。（ゴム印等不可。）
- ⑨ 本人の所在場所は、申請日のご本人の所在場所をご記入ください。  
調査場所は、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。

※申請書はコピーではなく原本のご提出をお願いいたします。

※記入漏れが多いため、再度ご確認をお願いいたします。

・主治医のフリガナ ・(入院中の方)病棟、入退院日

新規・区分変更申請の方は、申請書の裏面もご記入ください。