

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。

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	年 月 日	被保険者番号										
フリガナ					個人番号							
氏名	男・女				生年月日	明・大・昭	年 月 日					
	( 歳)				日中連絡先	( )						
住所	〒											
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								
医療保険	保険者名					保険者番号						
	被保険者記号・番号	記号	番号		枝番	※不明の場合は記載不要						

フリガナ					家族( )・居宅介護支援事業者等( )
氏名	本人との関係				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・( )
住所	〒 ※施設、事業者の場合は名称も記載				電話番号 ( )

フリガナ					医療機関名
氏名					
医療機関所在地	〒				診療科
連絡先	( )				最終受診月 年 月 通院・往診・入院

64歳以下の方のみ記入	特定疾病名				
-------------	-------	--	--	--	--

情報提供同意欄	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、大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、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、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。また、申請から30日以内に認定がされない場合、現在の有効期間内であれば、処分延期通知の省略に同意します(更新申請の場合のみ)。				
本人氏名	※要自筆		代筆者氏名	(本人との関係)	

本人の所在	自宅・施設入所・入院・その他( )				
-------	-------------------	--	--	--	--

同居の有無	※入所・入院中の場合は、退所後の状況に○			独居・同居(夫婦のみ)・同居(その他)	※事業者は名称も記載
-------	----------------------	--	--	---------------------	------------

訪問調査時の立会い(日中の連絡先)	立会人	有・無	フリガナ	本人との関係
			氏名	

①自宅・携帯・職場・施設	( )	②自宅・携帯・職場・施設	( )
--------------	-----	--------------	-----

調査場所	名称	※自宅以外(施設・病院・その他)	入所・入院日	年 月 日から
1 自宅			退所・退院日	年 月 日まで

2 入院先	郵便番号			
3 入所先	所在地			
4 その他	※入院中の場合は記載	病棟	号室	電話番号 ( )

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

収受印

## 認定申請時 連絡票

下記の事項にお答えください。(○で囲んでください)

1 申請しようと思ったきっかけはなんですか？

**新規申請の方** ①毎日の生活に支障が出ている ②医師・看護師等のすすめ  
③家族のすすめ ④その他：( )

**区分変更申請の方** ( 悪化 ・ 改善 )

※区分変更申請の方は、必ず、具体的な理由を「申請書」に記入してください。

**転入申請の方** ① 転入日 ( 年 月 日 )  
② 前住所での認定 ( 有 ・ 無 ・ 申請済認定中 )  
③ 受給資格証明書提出 ( 有 ・ 無 )

2 主治医意見書の作成について、医師に確認しましたか？

①確認し了承を得た ( 月 日頃) ②確認していない

※医師の了承を得ていないと、意見書を書いていただけない場合がございます。

3 現在の心身の状況はいかがですか？ (入院・手術直後は調査できません)

① 安定している ② やや不安定だが調査は可能  
③ 手術 (前・後) である 手術日 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日  
④ その他 ( )

4 利用したいサービス等がありますか？

① 家で使うサービス ②デイサービス等 ③施設等への入所 ④住宅改修  
⑤ 福祉用具購入・レンタル ⑥暫定プランを開始する ( 月 日から )  
⑦ その他 ( )

5 調査員に特に伝えておきたいことはありますか？

( ) 癌末期である。 ( ) 結核病棟・感染症病棟に入院中である。  
( ) 病名を本人に告げていないので配慮して欲しい。→ (病名 )  
( ) 認知症があるため別の場所で聞いて欲しい。( ) 筆談などで聴取してもらいたい。  
( ) 調査の希望曜日がある。 ( ) 電話で連絡が取れない時間帯がある。詳細下記

※その他・連絡事項等があれば記入をお願いします。