

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	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
フリガナ	オオタ ハナコ	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
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 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	
保険者名	〇〇〇〇〇組合	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
被保険者記号・番号	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

受付場所
受付担当者
郵送
窓口
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

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。

フリガナ	オオタ タロウ	本人との関係	(家族) 子
氏名	大田 太郎	関係	・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・( )
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		
〒	同上		

フリガナ	カイゴ ツトム	医療機関名	東蒲田病院
氏名	介護 努	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	最終受診月	〇〇年〇月

75歳以下ののみ記入	特定疾病名
------------	-------

8	<p>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する者(他府県に転居する(他府県に転居する)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(更新申請時) ※要自筆</p> <p>「本人の所在」欄は、申請日のご本人の所在の有無を記入してください。</p>		
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( )
同居の有無	※入所・入院中の場合は、退所後の状況に〇 ( ) 〇 ( ) 〇 ( ) 〇 ( )

9	<p>調査時のフリガナ</p>	オオタ タロウ	本人との関係	子
立会人	有 無	氏名	大田 太郎	
調査時のフリガナ	オオタ タロウ	本人との関係	子	

10	<p>調査場所</p>	※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	名称	東蒲田病院	退所・退院日	〇〇年 〇月 〇日まで
2 入院先	郵便番号	〇〇〇-〇〇〇〇		
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

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。
------	--

収受印

〇をしてください。

# 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歳以下の方は医療保険の加入情報が確認できるもの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、ご記入は不要です。
- 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、必ずご記入ください。医療保険の加入情報が確認できるもの（例：資格情報のお知らせ、資格確認書、健康保険証等）が添付できる場合は添付してください。添付が無くても、申請を受付いたします。  
「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します。

※記入漏れが多いため、再度以下2点の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。**