

① 申請日をご記入ください

③ 介護保険の被保険者番号を記入してください。分からない場合は空欄でも受付します。

⑤ 医療保険の保険者名等をご記入ください。

⑥ 現在の要介護(要支援)認定があればご記入ください。

⑧ 主治医に申請することを伝え、受診後に申請してください。また、最近の受診年月日を記入してください。入院中の場合は、『入院中』に○をご記入ください。

⑪ 第二号被保険者 特定疾病に該当するか主治医にご確認ください。

記入例

② 該当する申請区分に✓

④ 個人番号(マイナンバー)をご記入ください。
※第二号被保険者(40歳から64歳の方)は、必ず記入してください。

⑦ 申請の理由を具体的に記入してください。

⑨ 主治医が意見書の作成を了承したうえで、✓を記入してください。
了承を得ていない場合は、申請受付できません

⑩ 事業者が申請を代行する場合はご記入ください。
チェック項目がない方は、代行できません。(例:病院ソーシャルワーカー、グループホーム等)

⑫ 同意の署名をお願いします。(代筆可、印字不可)

申請年月日		令和 〇 年 〇 月 〇 日	
介護保険 要介護・要支援認定 申請書			
稲城市長 殿		申請区分 <input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 新規(要支援⇔要介護への変更) <input type="checkbox"/> 転入 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更(要支援⇔要支援への変更、要介護⇔要介護への変更)	
次のとおり申請します。			
介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
医療 保険	保険者名 <input type="checkbox"/> 東京都後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 稲城市 <input type="checkbox"/> □ □ 健康保険組合	保険者番号 〇〇〇〇〇	
	被保険者 記号・番号	記号 〇〇〇〇〇	番号 〇〇〇〇〇 枝番 〇〇
被 保 険 者 (本 人)	フリガナ	イナギ タロウ	
	氏名	稲城 太郎	
	住所 (住民登録地)	〒206-0802 稲城市東長沼〇〇〇〇	
	現在の要介護 (要支援)認定 の内容	要介護度 なし 要支援(① 2) 要介護(1・2・3・4・5) 有効期間 令和 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇 年 〇 月 〇 日	
申請の理由 ※更新申請は 必要時記入	いつからどのように心身の状態が変わり、それによりどのような介護の手間があるかを記入ください。 入院中の場合は、入院理由等をご記入ください。 〇月〇日自宅にて転倒し骨折。移動に介助が必要。		
※市は下記宛てに意見書の作成を依頼します。			
主 治 医	医療機関	□ □ 病院 最終受診(令和 年 月 〇 日) <input checked="" type="checkbox"/> 入院中 ※ 今回の申請について主治医は意見書作成を了承の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 了承している <input type="checkbox"/> 了承していない 必ず、主治医に意見書作成をお願いしてください。	
	医師氏名	△△ △△ 診療科名(整形外 科)	
	所在地	〒206-0801 稲城市大丸〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
申請 代 行 者	名称	<input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 (担当者:)	
	住所	〒 電話番号	
第二号被保険者(40歳から64歳の方のみ)			
	特定疾病名	※該当するか主治医に確認済みであること	
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(要支援)認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、稲城市が提供を受けた介護(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について、稲城市が、地域包括支援センター、居宅介護(介護予防)支援事業者、居宅(介護予防)サービス事業者、地域密着型(介護予防)サービス事業者、介護保険施設、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対し提示すること(地域支援事業として介護情報基盤を経由して電子的に行う場合を含む。)に同意します。			
本人氏名	稲城 太郎	代筆者署名	稲城 花子 (本人との関係 妻)
<事務処理欄> 「認定調査等についての確認票」もご記入ください。			
窓口受付	入力者	確認者	
裏面へ➡			

認定調査等についての確認票

記入例

被保険者番号				被保険者(本人)氏名																								
0	0	0	0	0	0	0	0	稲城 太郎																				
1. 調査場所 (現在の居所)		<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 (表札 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無) 駐車可能な場所 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <u>自宅前敷地</u> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ・名称 (.....) 階・棟 号室) ・住所 (.....) ・電話番号 (.....) ・入院または入所日 (平成・令和 年 月 日) ・退院または退所予定日 (令和 年 月 日頃・未定)																										
2. 調査立会いの有無 <small>可能な限り、ご家族様やケアマネジャーの立会いをお願いします。</small>		1. 調査日程調整先 <input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他(.....) 氏名 <u>稲城 梨子</u> <small>イキ ナコ</small> 本人との関係 <u>長女</u> 電話番号 <u>000-000-0000</u> 同居の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <small>※自宅の方のみ</small> 2. 調査立会い者の有無(家族・ケアマネジャー等) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 立会い者氏名 <u>稲城 梨子</u> 本人との関係 <u>長女</u> 電話番号 <u>000-000-0000</u> 3. 申請者の連絡先 (※調査立会い者「なし」の場合のみ記入) 氏名 本人との関係 電話番号																										
3. 調査希望日		都合の悪い曜日に×をご記入ください。 <table border="1"> <tr> <td></td> <td>月</td> <td>火</td> <td>水</td> <td>木</td> <td>金</td> <td>備考</td> </tr> <tr> <td>午前</td> <td>×</td> <td></td> <td>×</td> <td></td> <td>×</td> <td>○月○日であれば午前も可。</td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> ※時間(基本) 午前 9:30~10:30 午後 13:30~14:30 (土日祝については、原則調査は行っておりません)							月	火	水	木	金	備考	午前	×		×		×	○月○日であれば午前も可。	午後						
	月	火	水	木	金	備考																						
午前	×		×		×	○月○日であれば午前も可。																						
午後																												
4. 調査場所で飼っているペットの有無		<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(種類 <u>小型犬</u>) ※有の場合、調査の間は必ず別室に移していただくか、ケージに入れてください。 <input type="checkbox"/> 認知症あり <input type="checkbox"/> 筆談が必要 <input checked="" type="checkbox"/> 別室での聞き取りが必要 上記以外に注意する点があればご記入ください。 <u>耳が遠いので、大きな声で話してください。</u>																										
5. 調査時留意点		認定結果通知書の送付先について 認定結果通知書は、原則として住民登録地の住所(送付先設定届が提出されていれば設定された送付先の住所)に郵送されます。認定結果通知書の送付先を住民登録地の住所(送付先設定届が提出されていれば設定された送付先の住所)以外の住所宛てを希望する場合は、送付先住所を記入してください。 〒206-0812 <u>稲城市矢野口0000</u> 電話番号 <u>000-000-0000</u> <u>稲城 梨男</u> 様宛 (本人との関係 <u>長男</u>)																										

13 本人の現在の居所をご記入ください。
 【自宅の場合】
 表札の有無に✓及び自動車で訪問する際に駐車できる場所をご記入ください。
 【自宅以外の場合】
 ・現在病院へご入院または施設にご入所されている方は、その『名称・住所・電話番号・入院または入所日及び退院または退所の予定』をご記入ください。
 ・病院・施設以外で生活されている方(例:ご家族の居で生活している場合等)は、『その他』に✓を入れていただき、名称は「〇〇宅」等とご記入ください。

16 認定調査を実施する場所でペットを飼っていない場合は『無し』に、飼っている場合は『有り』に✓をご記入ください。
 『有り』の場合、調査の間必ず別室に移していただくか、ケージに入れてください。

17 調査員に気を付けてほしいことがあればご記入ください。

14 【1.調査日程調整先】
 認定調査を行う日時について連絡を取っていただける方のご連絡先をご記入ください
 【2.調査立会い者の有無】
 認定調査時に立会者がいる場合は、立会者をご記入ください。ご家族様や、ケアマネジャーなど、ご本人様の日頃の様子を認識されている方に立会いしていただきますようお願いいたします。

15 調査希望日は、ご都合の悪い曜日・時間帯に『×』をご記入ください。
 ※調査日は原則平日のみ。所要時間は30分から1時間程度です。

18 今回の認定結果通知書の送付先が、本人の住民登録地の住所(「送付先設定届」提出済みの場合は送付先となっている)以外を希望する場合は✓し、送付先の宛先と本人との関係、電話番号をご記入ください。