

① 申請日をご記入ください

申請年月日 令和 〇年 〇月 〇日

記入例

② 該当する申請区分に✓

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。

介護保険 要介護・要支援認定 申請書  
申請区分  新規  新規(要支援⇔要介護への変更)  転入  
 更新  区分変更(要支援⇔要支援への変更、要介護⇔要介護への変更)

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。

⑤ 医療保険の保険者名等をご記入ください。

介護保険 被保険者番号 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇 〇〇〇〇  
医療保険 被保険者名  東京都後期高齢者医療広域連合  稲城市  
 健康保険組合 保険者番号 〇〇〇〇〇  
被保険者 記号 〇〇〇〇〇 番号 〇〇〇〇〇 校番 〇〇

⑥ 現在の要介護(要支援)認定があればご記入ください。

フリガナ イナギ タロウ 生年月日 大正・昭和 〇〇年 〇月 〇日 (〇〇歳)  
氏名 稲城 太郎 性別 男・女  
住所 〒206-0802 稲城市東長沼〇〇〇〇 電話番号 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇  
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

⑦ 申請の理由を具体的に記入してください。

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』に〇をご記入ください。

申請の理由 ※更新申請は必要時記入  
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。

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

主治医 医療機関  〇〇病院 最終受診(令和 年 月 日・入院中)  
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  
※ 今回の申請について主治医は意見書作成を了承の有無  
 了承している  
 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。

⑩ 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。

申請代行者  居宅介護支援事業者  地域包括支援センター  指定介護老人福祉施設  介護老人保健施設  介護医療院  
名称 (担当者: )  
住所 電話番号

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)

第二号被保険者(40歳から64歳の方のみ) ※健康保険証(有効期間内のもの)または資格確認書の写しを添付してください。  
特定疾病名 ※該当するか主治医に確認済みであること

⑫ 同意の署名をお願いします。(印字不可)

介護(介護予防)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、及び主治医意見書を、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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。  
本人・家族等の連絡先及び概況を地域包括支援センターに情報提供することに同意します。

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>

窓口受付	入力者	確認者

「認定調査等についての確認票」もご記入ください。  
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	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 (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 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。					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 ( ) フリガナ 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> ※自宅の方のみ 同居の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 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></td> </tr> <tr> <td>午後</td> <td>×</td> <td></td> <td>×</td> <td></td> <td>×</td> <td>○月○日であれば午後也可。</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							午後	×		×		×	○月○日であれば午後也可。
	月	火	水	木	金	備考																								
午前																														
午後	×		×		×	○月○日であれば午後也可。																								
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。																									
5. 調査時留意点					<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。																									

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:ご家族の住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「長男宅」等をご記入ください。

⑭ 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。

⑮ 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。

⑯ 【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。

⑰ 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、送付先の住所をご記入ください。

**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  
稲城市矢野口0000  
稲城 梨男 様宛 (本人との関係 長男)