

記入見本 1.新規

申請年月日 令和2年〇月〇日

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

介護保険証の番号を記入してください。

- 1. 新規 3. 更新 4. 区分変更 (要支援⇄要支援の変更)
- 2. 新規 (要支援⇄要介護への変更) (要介護⇄要介護の変更)

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ	トシマ フクロウ		生年月日	
	氏名	豊島 福朗		性 別	
	住 所 (住民票上)	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-1111 東京都豊島区南池袋2-〇-〇 △アパート101号室			
	現在の本人 のいる場所	※ 病院・施設等の名称			
		※ 病院・施設等の所在地 (電話番号) 〒			
	入院・入所		年 月 日	～ 退院・退所	年 月 日頃 ・ 未定
	現在の認定内容	要 介 護 度	要 支 援 (1 ・ 2) 要 介 護 (1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)		
		有 効 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日		
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入してください。				
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか (既に認定結果通知を受け取っている場合は)		はい ・ いいえ			
転出元自治体 (市町村)名	* 記入不要				
変更申請の理由	<input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入 (いつからどのように身体状態)				
※申請区分欄2または4の場合のみ記入	40歳～64歳の方は、必ずご記入ください。 特定疾病に該当するか主治医にご相談ください。 ※申請時には医療保険証のコピーが必要です。				
※40歳から64歳の方は、必ず特定疾病名を記入し、医療保険の被保険者証を添付して申請してください					
特定疾病名	※該当するか主治医に確認済みであること				
医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号				

意見 書作 成医 師	医師の氏名	高田 千早 (整形外 科)	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒170-0004 (電話番号) 03-3981-0901 東京都豊島区南大塚1-〇-〇	最終受診日	令和 2 年 8 月 (12日 頃)

申 請 代 行 者	被保険者との 関係	① 家族 続柄 (長 男) 2. 居宅 () 4. 介護老人福祉 ()		
	フリガナ 氏名・名称	トシマ カナメ 豊島 要	事業者の申請代行の場合は、事業者名と 事業者印を押印、担当者名を記入してください。	
	住 所	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-0000 東京都豊島区駒込2-〇-〇 (携帯電話) 090-0000-0000	印 ※家族の場合、押印不要	

※認定結果は原則として住民票上の住所に郵送します。 希望する
 ※認定結果を上記申請代行者のご家族あてに郵送する場合は〇をしてください。 希望する

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、又は保険給付の制限等に該当した場合は、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、及び主治医意見書、又は保険給付の制限等に係る内容を、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情報提供することに同意します。

本人氏名 豊島 福朗

記入見本 2.新規

(要支援⇔要介護への変更)

申請年月日 令和2年0月0日

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

介護保険証の番号を記入してください。

- 1. 新規 3. 更新 4. 区分変更 (要支援⇔要支援の変更)
- 2. 新規 (要支援⇔要介護への変更)

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ	トシマ フクロウ	生年月		
	氏名	豊島 福朗	性		
	住所 (住民票上)	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-1111 東京都豊島区南池袋2-0-0 △アパート101号室			
	現在の本人 のいる場所	※ 病院・施設等の名称			
		※ 病院・施設等の所在地 (電話番号) 〒			
	入院・入所	年 月 日	令和・平成いずれの表記でも受付可能です。		
	現在の認定内容	要介護度	要支援 (1 ・ ②)	要介護 (1 ・ 2 / 4 ・ 5)	
		有効期間	令和 元 年 10 月 1 日 ~ 令和 2 年 9 月 30 日		
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入してください。				
現在、転出元 (既に認定結	* 記入不要				
転出元 (市町村)名	①前回認定時より悪化、もしくは改善したかをチェックしてください。 ②具体的な状態について記載してください。				
変更申請の理由	① <input checked="" type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく改善 <input type="checkbox"/> その他 具体的に記入 (いつからどのように身体状態・認知症状が変わったか、それによる介護の手間など)				
※申請区分欄2または4の場合のみ記入	② 認知症が進行し、介護量が増加したため。				
※40歳から64歳の方は、必ず特定疾病名を記入し、医療保険					
特定疾病名	40歳~64歳の方は、必ずご記入ください。 特定疾病に該当するか主治医にご相談ください。 ※申請時には医療保険証のコピーが必要です。				
医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号				

意見書作成医師	医師の氏名	長崎 登喜和 (精神 科)	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒170-0004 (電話番号) 03-3981-1111 東京都豊島区南大塚1-0-0	最終受診日	令和 2 年 8 月 (12日 頃)

申請代行者	被保険者との関係	① 家族 続柄 (長 男) 2. 居宅介護支援事業所 (〇)		
	フリガナ	トシマ カナメ	事業者の申請代行の場合は、事業者名と事業者印を押印、担当者名を記入してください。	
	氏名・名称	豊島 要	印 ※家族の場合、押印不要	
住所	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-0000 東京都豊島区南池袋2-0-0 (携帯電話) 090-0000-0000			

※認定結果は原則として住民票上の住所に郵送します。 希望する
 ※認定結果を上記申請代行者のご家族あてに郵送する場合は〇をしてください。 希望する

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、又は保険給付の制限等に該当した場合は、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、及び主治医意見書、又は保険給付の制限等に係る内容を、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情報提供することに同意します。

本人氏名 豊島 福朗

同意する場合はご記入ください。 裏面もご記入ください。

記入見本 3.更新

申請年月日 令和2年0月0日

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

介護保険証の番号を記入してください。

- 1. 新規 3. 更新 4. 区分変更 (要支援⇄要支援の変更)
- 2. 新規 (要支援⇄要介護への変更)
- (要介護⇄要介護の変更)

被 保 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号		
	フリガナ	トシマ フクロウ		生年月日	
	氏名	豊島 福朗		性 別	
	住 所 (住民票上)	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-1111 東京都豊島区南池袋2-0-0 △アパート101号室			
	現在の本人 のいる場所	※ 病院・施設等の名称			
		※ 病院・施設等の所在地 (電話番号) 〒			
	入院・入所	年 月 日	令和・平成いずれの表記でも受付可能です。		
	現在の認定内容	要 介 護 度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ ② 3 ・ 4 ・ 5)		
		有効期間	令和 元 年 10 月 1 日 ~ 令和 2 年 9 月 30 日		
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入してください。				
現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)					
はい ・ いいえ					
転出元自治体 (市町村) 名					
* 記入不要					
変更申請の理由					
□ 前回認定時より著しく悪化 具体的に記入 (いつからどのように身					
※申請区分欄2または4の場合のみ記入					
40歳~64歳の方は、必ずご記入ください。 特定疾病に該当するか主治医にご相談ください。 ※申請時には医療保険証のコピーが必要です。					
※40歳から64歳の方は、必ず特定疾病名を記入し、医療保険の被保険者証のコピーを添付して申請してください					
特定疾病名					
※該当するか主治医に確認済みであること					
医療保険者名					
医療保険被保険者証記号番号					

意見 書作 成医 師	医師の氏名	高田 千早	医療機関名	〇〇病院
		(整形外 科)	最終受診日	令和 2 年 7 月 (25日 頃)
	所在地	〒170-0004 (電話番号) 〇〇-〇〇-〇〇 東京都豊島区南大塚1-0-0		

受診後に申請してください。
※なるべく1か月以内に受診してください。

申 請 代 行 者	被保険者との 関係	① 家族 続柄 (長 男) 2. 居宅介護支援事業者、地域包括支援センター)		
	フリガナ	トシマ カナメ		
	氏名・名称	豊島 要		
住 所	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-0000 東京都豊島区駒込2-0-0 (携帯電話) 090-0000-0000			

事業者の申請代行の場合は、事業者名と事業者印を押印、担当者名を記入してください。

※家族の場合、押印不要

※認定結果は原則として住民票上の住所に郵送します。
認定結果を上記申請代行者のご家族あてに郵送する場合は○をしてください。

あてに希望する場 希望する

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、又は保険給付の制限等に該当した場合は、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、及び主治医意見書、又は保険給付の制限等に係る内容を、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情報提供することに同意します。

本人氏名 豊島 福朗

申請年月日 令和2年0月0日

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

介護保険証の番号を記入してください。

- 1. 新規 3. 更新 4. 区分変更 (要支援⇄要支援の変更)
(要介護⇄要介護の変更)
- 2. 新規 (要支援⇄要介護への変更)

被 保 者	被保険者番号	0000000000	個人番号	
	フリガナ	トシマ フクロウ	生年月	
	氏名	豊島 福朗	性	
	住所 (住民票上)	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-1111 東京都豊島区南池袋2-0-0 △アパート101号室		
	現在の本人 のいる場所	※ 病院・施設等の名称 ○○病院		
		※ 病院・施設等の所在地 〒170-0004 東京都豊島区南大塚1-0-0		
	現在の認定内容	要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5)	
		有効期間	令和元年11月1日 ~ 令和2年10月31日	
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入してください。 要支援認定を申請中ですか。いる場合は「いいえ」を選択してください。			
	* 記入不要			

12ケタの個人番号(マイナンバー)をご記入ください。※記入が無い場合でも受付いたします。

令和・平成いずれの表記でも受付可能です。

- ① 前回認定時より悪化、もしくは改善したかをチェックしてください。
- ② 具体的な状態について記載してください。

40歳~64歳の方は、必ずご記入ください。特定疾病に該当するか主治医にご相談ください。※申請時には医療保険証のコピーが必要です。

意見書作成医師	医師の氏名	高田 千早	医療機関名	○○病院
		(整形外科)	最終受診日	令和2年8月(12日頃)
	所在地	〒170-0004 (電話番号) 03-3981-0000 東京都豊島区南大塚1-0-0		

受診後に申請してください。※なるべく1か月以内に受診してください。

申請代行者	被保険者との関係	① 家族 続柄(長男) 2. 居宅介護支援事業所()		
	フリガナ	トシマ カナメ	事業者の申請代行の場合は、事業者名と事業者印を押印、担当者名を記入してください。	
	氏名・名称	豊島 要	印 ※家族の場合、押印不要	
	住所	〒171-8422 (電話番号) 03-3981-0000 東京都豊島区南池袋2-0-0 (携帯電話) 090-0000-0000		

※認定結果は原則として住民票上の住所に郵送します。希望する場合は○を希望する欄に希望する

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、又は保険給付の制限等に該当した場合は、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、及び主治医意見書、又は保険給付の制限等に係る内容を、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情報提供することに同意します。

本人氏名 豊島 福朗

同意する場合はご記入ください。

裏面もご記入ください。

訪問調査について（兼訪問調査員用連絡票）

被 保 険 者 番 号										被 保 険 者 氏 名						
0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	(ふりがな)	としま ふくろう					
①										豊島 福朗						
1. 平日昼間の連絡先 調査の日程を連絡します										ふりがな	としま かなめ	②	(電話) 03-3981-0000			
氏名										豊島 要	続柄	長男	(携帯) 090-0000-0000			
2. 調査時の立会者 可能な限り、日頃の状態がわかる方の立会いをお願いします										<input type="checkbox"/> なし						
										ふりがな	としま かなめ	③				
										<input checked="" type="checkbox"/> あり	氏名	豊島 要	続柄	長男	電話	090-0000-0000
3. 訪問調査先 ④										<input type="checkbox"/> 住民票上の住所						
										<input checked="" type="checkbox"/> 入所・入院先	(退院予定 月 日 頃)					
										住所	豊島区南大塚1-〇-〇					
										施設・病院名	〇〇病院	病棟	電話	03-0000-0000		
										<input type="checkbox"/> その他の住所						
										ふりがな						
										氏名		続柄	電話			
										理由						
4. 申請目的 ⑤										<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 通所介護	<input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与	<input type="checkbox"/> 福祉用具の購入			
										<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input checked="" type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所				
										<input type="checkbox"/> その他	()					
<ul style="list-style-type: none"> 都合の悪い曜日、身体状況の留意事項、ご家族での同時申請等がありましたら、下記にご記入ください。 終末期等の理由でサービス利用を急がれる方は、その旨をご記入ください。 										⑥			(例)夫婦で同時申請。火曜、木曜以外の曜日を希望します。認知症状についてのお話を本人がいないところで個別でお願いしたいです。			

【上記①～⑥の補足説明】

①被保険者番号と被保険者の氏名、ふりがなを記入してください。

②訪問調査を行う日時について連絡をとっていただける方となります。

氏名・ふりがな・続柄・電話番号等の記入をしてください。

電話番号は、平日の日中に連絡の取れる番号を記載してください。

③立会者がいる場合は、氏名・ふりがな・続柄等を記入してください。

調査時はご本人様の日頃の様子を認識しているご家族様や、ケアマネージャーなどの方に出来るだけ立ち会いをお願いいたします。立ち会いができない場合には、「なし」にレ点チェックを記入してください。

④調査を行う場所を記載してください。住民票上の住所と同じ場合はレ点チェックのみの記載してください。

そのほかの住所地で調査を行う場合は、施設や病院名及びその住所を記載してください。（表面と同じ場合でも再度記載をお願いします）退院・退所予定日が分かる場合は、記入をしてください。

「その他の住所」とは、住民票上の住所または施設や病院以外での調査を希望する場合の記載欄です。チェックを入れた場合は「理由」欄に具体的な理由を記入してください。（例えば、「自宅改修のため子どもの家に居住している」等）

⑤申請目的欄のチェックは必須ではありませんが、現時点で利用したいサービスについては申請者がわかる範囲でチェックをしてください。（複数チェックが可能です）

⑥「例文」を参考に、該当することがあれば記入してください。