

申請年月日 年 月 日

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

豊島区長 様

次のとおり申請します

申請区分 新規 更新 変更 転入等

被 保 険 者	被保険者番号											個人番号										
	医療保険	医療保険者名										記号番号										
	フリガナ											生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日									
	氏名											性別	男 ・ 女 (歳)									
	住所 (住民票上)	〒 - (電話番号)																				
	現在の本人 のいる場所	<input type="checkbox"/> 自宅(住所と同じ) <input type="checkbox"/> 病院等に入院中 <input type="checkbox"/> 施設に入所中 <input type="checkbox"/> その他(家族宅等) 病院名・施設名・家族名等																				
		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「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										「はい」の場合、申請日 年 月 日												
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・認知症状が変わったか、それによる介護の手間など)																					
	※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入										※医療保険証(写)を添付											
特定疾病名											※該当するか主治医に確認済みであること											

意見書作成医師	医師の氏名	(科)										医療機関名										
	所在地	〒 - (電話番号)										最終受診日	年 月 (日 頃)									

申請代行者	被保険者との関係	1. 家族 続柄 () 2. 居宅介護支援事業者 3. 地域包括支援センター 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. その他 ()														
	フリガナ 氏名・名称															
	住所	〒 - (電話番号)										(携帯電話)				

※認定結果通知書は、原則として住民票上の住所地に郵送しますが、郵送先を上記申請代行者のご家族あてに希望する場合は○をしてください。(その他の送付先変更の場合は、ご相談ください。)

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 _____

《事務処理欄》 記入不要→	受付	入力	調査票	意見書	備考

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 (フリガナ)			
1. 調査日の連絡調整先 平日昼間に連絡の取れる電話番号を記入してください		ケアマネジャーの フリガナ () 場合は事業所名 氏名 続柄 ※ 平日昼間に連絡の取れる電話番号を優先順に記入してください ① (携帯・自宅・勤務先) ② (携帯・自宅・勤務先)					
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 ケアマネジャーの フリガナ () <input type="checkbox"/> あり 氏名 続柄 電話					
3. 訪問調査先		<input type="checkbox"/> 住民票上の住所 <input type="checkbox"/> 入所先・入院先 住所 施設・病院名 病棟 電話 【入院理由】 <input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 手術 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> その他滞在先 滞在期間 月 日 ~ 月 日頃 住所 フリガナ 続柄 電話 氏名					
4. 申請目的		<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸与・購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 介護保険施設等の利用 <input type="checkbox"/> その他 ()					
5. その他留意事項 右記に該当する項目があればご記入ください		<ul style="list-style-type: none"> ・ご家族同時申請の場合はその方の氏名 () ・調査において特に配慮が必要なこと () ・終末期等急ぎの場合はその理由 () ・都合の悪い日 () ・その他 					
申請にあたっての 注意事項（重要）		新規申請される方で、現在、医療機関等が実施する訪問看護や訪問リハビリテーションを自宅 で受けている方や病院・クリニック等に通ってリハビリテーションを受けている方は、認定 申請を出したことを利用中の医療機関等に連絡してください。					

≪区処理欄≫

来庁者	番号確認	1点確認	身元確認	2点確認	本人の番号確認
<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし	1 点 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 特別永住者証明書 <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称:)	2 点 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし
			<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称:)		
<input type="checkbox"/> 法定代理人	代理権の確認書類 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 登記事項証明書 <input type="checkbox"/> その他 ()	1 点 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 旅券(パスポート) <input type="checkbox"/> 運転経歴証明書(交付年月日が平成24年4月1日以降のものに限る) <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳(愛の手帳) <input type="checkbox"/> 在留カード <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称:)	2 点 確 認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> 個人番号が記載された住民票の写し・住民票記載事項証明書 <input type="checkbox"/> 持参せず(※) <input type="checkbox"/> 記入なし
			<input type="checkbox"/> 国民健康保険証 <input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 共済組合組合員証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 船員保険証 <input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 後期高齢者医療被保険者証 <input type="checkbox"/> 私立学校教職員共済制度の加入者証 <input type="checkbox"/> その他(証明書の名称:)		

※番号確認の資料を持参しなかった場合の確認方法

- 地方公共団体情報システム機構への確認 住民基本台帳の確認 過去に本人確認の上作成した当該特定個人情報ファイルの確認
- 職員が個人番号記入欄に補正または訂正

〈その他で2点確認を行う際の疎明資料(例示)〉

- ・介護保険課の発行した証明書・豊島区の他課が発行した証明書・公共料金証明書(3か月以内)

個人番号確認者