

介護保険 要介護・要支援認定等申請書

豊島区長

次のとおり申請します

申請区分

新規

更新

変更

転入等

◆該当する申請区分にチェックしてください。
 ■要支援・要介護の有効期間中に介護認定を見直したい場合は「変更申請」となります。
 ■変更申請の場合は、**変更申請の理由欄**をご記入ください。

◆自宅(住所と同じ)以外にチェックした場合はご記入ください。

◆入院中の場合、入院日及び退院予定がある場合は見込み

◆入院の場合、階・病棟など、できるだけ具体的にご記入ください。

◆前回の要介護度認定の結果があればご記入ください。

◆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。
 ※変更申請理由を具体的にご記入ください。

◆40歳～64歳の方は、必ずご記入ください。
 ※申請時には医療保険資格のわかる書類が必要です。
 ◆加入している**医療保険の名称、被保険者の記号・番号**を記入してください。

◆主治医に申請する事を伝え、受診後に申請してください。
 ※最近の受診年月(申請日までの1か月以内)をご記入ください。
 ※医師の氏名は**フルネーム**をご記入ください。

◆事業者の方が申請代行の場合は、事業者名と担当者名をご記入ください。

◆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○をお願いします。

◆上記内容に同意いただける場合はご記入ください。

※豊島区が委託する認定調査員に、本申請書の写しを提供します。

介護保険被保険者番号	0000000000	個人番号	
フリガナ	トシマ フクロウ	生年月日	明治・大正
氏名	豊島 福郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男
住所(住民票上)	〒171-**** 豊島区〇〇 10-〇-〇		
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"/>		
	病院名・施設名・家族名等 <input checked="" type="checkbox"/> 〇〇病院		
	所在地	〒170-****	****-**** (病棟)
入院・入所	〇年 〇月 〇日 ~ 退院・退所 〇年 〇月 〇日頃・未定		
現在の認定内容	要介護度	要支援(1・ <input checked="" type="radio"/> 2) 要介護(1・2)	
	有効期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年	
※14日以内に他自治体から転入した方のみ記入ください。	転出元自治体(市町村)名 () 転出元自治体での要介護・要支援認定の状況 <input type="checkbox"/> 認定済 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日:)		
変更申請の理由	<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		
変更の場合のみ記入	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、それにより1/7に自宅で転倒し、右大腿骨骨折した。2/1に入院し手術した。日常生活全般に介助が必要になった。		
●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 ※			
特定疾病	※該当するか主治医に確認済みであること		
医療保険	医療保険者名	記号・番号	

意見書作成医師	医師の氏名(フルネーム)	高田 千早	医療機関名	
		(整形外科)	最終受診日	
	所在地	〒170-****	(電話番号) 03-*****(東京都豊島区南〇〇1-〇-〇)	

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 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	トシマ カナメ		
	氏名・名称	豊島 要		
	住所	〒171-****	(電話番号) 03-3981-0000 (携帯電話)	

送付先変更	<input type="checkbox"/> ※認定結果通知書は、(その他の送付先)に送付します。 <input checked="" type="checkbox"/> ※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○をお願いします。	希望する(関係)
-------	---	----------

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、豊島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、豊島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した調査員に提示する(地域支援事業として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。

本人氏名 _____

≪事務処理欄≫
 記入不要→

受付	入力
----	----

収受印

訪問調査員への連絡事項

被保険者氏名

豊島 福郎

◆被保険者氏名を記載してください。入してください。

1. 訪問調査日の連絡調整先について

訪問調査日の調整はどなたに連絡すればよろしいですか。

- 本人
- 申請代行者（表面と同じ）
- その他（病院・施設含む）

◆連絡先がケアマネジャーの場合は、事業所名もご記入ください。

△△居宅事務所

フリガナ マルマル マルマル

氏名 〇〇 〇〇

本人との関係（ ケアマネ ）

携帯電話 070-XXXX-XXXX

自宅電話

※平日昼間に連絡の取れる番号を記入してトシマ フクロウ

申請目的

ご利用希望のサービスすべてにチェックしてください。

- 訪問介護
- 通所介護
- 福祉用具の貸与・購入
- 住宅改修
- 訪問看護
- 介護保険施設等の利用
- おむつ購入費助成等
- その他（ ）

2. 訪問調査時の立会いについて

調査の時にどなたか立会いますか。

（実態に合った調査をするために）

- 立会いあり
 - 申請代行者と同じ
 - 申請代行者と異なる
- 立会いなし

◆病院での調査の場合、ご家族の立ち合いは必須ではありません。ご家族が立ち会われない場合は、上記の連絡調整先を病院にすると、日程調整がスムーズです。

◆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わかる範囲でチェックして下さい。（複数チェックが可能です）

フリガナ

氏名

本人との関係（ ）

携帯電話

自宅電話

※平日昼間に連絡の取れる番号を記入してください。

3. 訪問調査実施場所について

（1）調査実施場所について記入してください。（いずれかに☑をつけてください）

- ① 自宅
- ② 入院中の病院（入院理由：大腿骨の手術のため）
- ③ 入所中の施設
- ④ その他（家族宅等）

（2）②③④の場合、申請書（表面）記載の現在の本人のいる場所と同じですか。

- 申請書記載の現在の本人のいる場所と同じ
- 申請書記載の現在の本人のいる場所と異なる

◆階・病棟など、できるだけ具体的にご記入ください。

病院名・施設名・家族名等

所在地

（病棟 階）

4. 訪問調査実施日について

ご都合の悪い日時・曜日がある場合はご記載ください。 (火・木(透析のため))

※訪問調査は原則平日に実施します。

※調査の日付指定は、訪問調査員の手配ができない可能性がありますので極力控えてください。

5. 訪問調査に伺う際の留意事項

該当する項目、すべてにチェックをつけてください。

◆☑した場合、理由を必ずご記入ください。

- 終末期等のため調査を急いでほしい 理由（ ）
- 病名を本人に告げていないので配慮してほしい
- 話すことに支障があるので筆談などで聴取してもらいたい
- 本人のいない場所で聞き取りをしてほしい
- 同時申請者あり その方の氏名（ ）

※そのほか、調査員に事前に知らせておきたいことがあれば記入してください。

（例）

- ・日中電話に出られないことが多いので、留守番電話に入れていただければ折り返します。
- ・調査場所が変更になる可能性があります。（〇月中旬頃 〇〇病院に転院予定）
- ・男性の調査員を希望します。
- ・ペットがいます。（犬2匹）

申請にあたって

新規申請される

ニック等に通

〈事務処理欄〉

個人番号 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	本人確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード	<input type="checkbox"/> 運転免許証	<input type="checkbox"/> パスポート	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状	<input type="checkbox"/> 戸籍謄本
	<input type="checkbox"/> 通知カード		<input type="checkbox"/> 資格確認書	<input type="checkbox"/> 健康保険証（有効期間内のもの）			<input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証	
	<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証		<input type="checkbox"/> その他（ ）		<input type="checkbox"/> その他（ ）	