

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

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	※記入が無い場合でも受付いたします。		
	フリガナ	トシマ フクロウ		生年月日	明治・大正・昭和 ** 年 ** 月 ** 日	
	氏名	豊島 福郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 (** 歳)	
	住所 (住民票上)	〒 171 - **** (電話番号) *** - **** - *** 豊島区〇〇 10-〇-〇				
	現在の本人 のいる場所	* 記入不要				
	現在の認定内容	要介護度	要支援 (1 ・ 2) 要介護 (1 ・ <input checked="" type="radio"/> 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5)			
		有効期間	令和7 年 4 月 15 日 ~ 令和8 年 4 月 30 日			
	※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 (〇〇〇区) 転出元自治体での要介護・要支援認定の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 認定済 ・ <input type="checkbox"/> 申請中(申請日:)				
	変更申請の理由 (変更の場合のみ記入)	<input type="checkbox"/> 前回認定時より著しく悪化 <input type="checkbox"/> 著しく改善 <input type="checkbox"/> その他 * 記入不要				
	●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		※医療保険の資格情報がわかる書類を添付			
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				

転出元の情報を記入してください。申請中かどうか不明な場合は、転出元自治体にご確認をお願い

◆第2号被保険者(40歳~64歳)の方は、特定疾病名を記入ください
また必ず加入している医療保険の名称、被保険者の記号・番号を記入ください。
※申請時には医療保険加入の確認ができるものをご用意ください。
例)資格情報のお知らせ、資格確認書、有効期間内の医療保険証等

意見書 作成 医師	医師の氏名 (フルネーム)	* 記入不要
	所在地	

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)
		豊島区〇〇 10-〇-〇	

送付先変更	※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〇をしてください。(その他の送付先変更の場合は、受付者へ相談いただき、下記に必要項目をご記入ください。)		希望する
	(その他の送付先氏名)	(住所)	(関係)
原則、住民票上の住所へお送りいたします。			

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 * 記入不要

収受印

「事務処理欄」 記入不要→	受付	入力	備考