

記入日

年

月

日

（\*申請日は区が受領した日になります）

令和8年4月改訂版

## 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																	個人番号					
	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)															(病棟)					
	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 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																						
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											

意見書作成医師	医師の氏名 (フルネーム)	( 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)		

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○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)				

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	備考

収受印

--

被保険者氏名

## 訪問調査員への連絡事項

※訪問調査に必要な情報です。必ず記入してください。

<p><b>1. 訪問調査日の連絡調整先について</b>                  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。  <input type="checkbox"/> 本人  <input type="checkbox"/> 申請代行者（表面と同じ）  <input checked="" type="checkbox"/> <u>その他（病院・施設含む）</u></p> <p>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。</p>	<p><b>申請目的</b>                  ご利用希望のサービス                  すべてにチェックしてください。</p> <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"/> おむつ購入費助成等 <input type="checkbox"/> 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、できるだけ日頃の状況（直近1週間、1か月の様子）が分かる方の立会いをお願いします）

立会いあり       立会いなし

申請代行者と同じ  
 申請代行者と異なる

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： \_\_\_\_\_ ）  
 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

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。 ➡（ \_\_\_\_\_ ）

※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。

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。

**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。

〈事務処理欄〉

個人番号 確認	<input type="checkbox"/> マイナンバーカード <input type="checkbox"/> 通知カード <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	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 <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"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）	代理権確認	<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄本 <input type="checkbox"/> 本人の介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
------------	---	------	---	-------	--