

記入日 年 月 日 (*申請日は区が受領した日になります)

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	0000000000	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 10-0-0			
	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 ・ 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)	* 記入不要			
		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いたします。			
●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)	* 記入不要	◆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
	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 豊島区〇〇 10-0-0 (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、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	* 記入不要

収受印

≪事務処理欄≫
記入不要→

受付	入力	備考