

認定申請書 記入例(新規)

※〇〇□□さんの介護保険の新規申請書を〇〇△△さん(子)が記入する場合

新規に〇

【】内の該当するものに〇をつけてください

介護保険要介護・要支援【新規・更新・区分変更・転入】認定申請書

足立区長 宛 ◆この申請書を提出する際は、介護保険被保険者証を添付してください(※申請の場合は添付不要)

次のとおり申請します。 申請年月日 令和**年**月**日

被 保 険 者	フリガナ	****	****	被保険者番号	00012345**
	氏名	〇〇	□□	生年月日	明治・大正(昭和) **年**月**日
	住所	〒120-88** 中央本町〇丁目〇〇番〇号 電話 0000-0000			
	本人の居所	<input type="radio"/> 住所と同じ <input type="radio"/> 2 主治医療機関に入院中 <input type="radio"/> 3 介護保険施設に入院中 <input type="radio"/> 4 その他(家族宅等)			
※「本人の居所」が、3・4の場合に記入	施設名	家族名		電話	
※区分変更・要介護新規申請の方は、変更を希望する理由を具体的にご記入ください。					

申 請 者	フリガナ	****	****	本人との関係	子
	氏名	〇〇	△△	住所	〒120-99** 足立区千住仲町〇-〇
	提出代行事業者	記入不要(事業者が提出代行した場合、事業者が記入)			

連絡先	フリガナ	****	****	本人との関係	子	自宅・勤務先・携帯	訪問調査時の立会
	氏名	〇〇	△△	電話	3888-31**	可・不可	<input checked="" type="radio"/> 可 <input type="radio"/> 不可

主治医	医療機関名	☆☆クリニック (内科)	フリガナ	****	****
	所在地	〒121-88** 足立区竹の家〇-〇-〇 医師氏名			
	※入院中の場合(病棟・病室・号室)	電話	3888-00**		

医療保険	保険者名	〇〇〇〇	保険者番号	0123456*	特定疾病
	記号	00-00	番号	****	枝番

※40～64歳の方のみ必須項目

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認められる場合は要介護認定・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、主治医意見書、及び被保険者証の内容を、足立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提示することに同意します。

申請書を記入した日。

介護を受けたい方の氏名・住所・生年月日・電話番号を記入してください。

ご本人が現在いる場所について1～4のいずれかに〇をしてください。
3の場合は施設名と施設所在地を、4の場合は家族名と住所を下の欄に記入してください。

申請書を記入した方の氏名を記入してください。
ご本人と異なる住所の方が記入した場合は下の欄に住所を記入してください。

訪問調査の日程調整で後日お電話をさせていただきます。
平日の日中に連絡がとれる方の氏名・電話番号・調査立会の可否に〇を記入してください。
ご本人様の場合でも氏名・電話番号を記入してください。

認定に必要な意見書を書いていただく病院と医師を1名を記入してください。ご入院中の場合は、入院先の病棟・病室等を記入してください。

医療保険に加入している方は、その内容を記入してください。後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は、「保険者名」欄に「東京都後期高齢者医療広域連合」(「後期高齢」でも可)、「番号」欄に被保険者番号をお書きください。ご加入中の医療保険に「記号」「枝番」等がない場合は、その項目は未記入で結構です。※未加入・不明な方は空欄のままご提出ください。(40～64歳の方は必須項目となります)

点線内に個人情報の取り扱いについての説明が書かれています。記載内容に同意する場合は本人氏名を記入してください。ご本人による記入が困難で同意する場合は、代筆者が本人氏名と代筆者氏名・(本人との関係)を記入してください。

特定疾病一覧 40歳～64歳の方(2号被保険者)

- 筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靭帯骨化症 ●多系統萎縮症 ●初老期における認知症
- 脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症 ●脳血管疾患 ●早老症
- 関節リウマチ ●閉塞性動脈硬化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症
- 慢性閉塞性肺疾患 ●両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 末期がん

40～64歳の方につきましては、【特定疾病一覧】の中から医師に診断された病名を記入してください。ご不明な場合は、主治医医療機関に確認の上、申請をお願いします。