

*【 】内の該当するものに○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(※郵送の場合は添付不要)

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	フリガナ					個人番号						
	氏名	男・女 (歳)	被保険者番号									
			生年月日	明治・大正・昭和	年	月	日					
	住所	〒				電話						
	前回の認定等	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		有効期間		年	月	日	～	年	月	日
	本人の居所	1 住所と同じ 2 主治医医療機関に入院中 3 介護保険施設に入所中 4 その他(家族宅等) 【退院等予定日 年 月 日頃・未定(退院先が住所地以外の場合は下段に記入)】										
	※「本人の居所」が、3・4の場合に記入	施設名					電話					
	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	
	氏名				
	住所	※本人または本人と同居の場合は記入不要です 〒			
	提出代行事業者			訪問調査受託	可・不可
			電話		

※ 訪問調査の日程調整をする方の、平日の日中に連絡がとれるご連絡先をご記入ください。

連 絡 先	フリガナ			本人との関係	自宅・勤務先・携帯 電話	訪問調査時の立会 可・不可
	氏名					

※ 申請の原因となる傷病の診療を担当している医療機関、医師名(フルネームで1名のみ)をご記入ください。

主 治 医	医療機関名	(科)		フリガナ					
				医師氏名					
	所在地	〒				電話			
	※入院中の場合(病棟 階 号室) ←								
	最近の受診日	年	月	日頃	通院・往診・入院中	次回受診予定日	年	月	日

医 療 保 険	保険者名				保険者番号			特 定 疾 病	※40～64歳の方のみ必須項目
	記号	番号	番号	枝番					

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、足立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、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、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	代筆者氏名	(本人との関係)
		()

以下は記入しないでください

受理	申請	調査	医療

証受領	資交付	2号	滞納

受 付 印	
-------------	--