

記入例

該当する項目にチェックしてください。

個人番号の記入がない場合も受付できます

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

(R4.4改正)

目黒区長宛て
次のとおり申請します。

新規 更新 変更

個人番号を記入された場合のみ、個人番号のわかる書類(マイナンバーカード等)と本人確認書類が必要になります。

※1 介護保険被保険者証と一緒に添付してください

被保険者番号												0000123456												個人番号																														
医療 保 険	保険者名												<input checked="" type="checkbox"/> 東京都後期高齢者医療広域連合												保険者番号						39131107																							
	被保険者証												記号						番号						枝番																													
フリガナ												メグロ タロウ												生年月日						昭和5年 4月 2日																								
氏名												目黒 太郎												性別						男・女																								
住所 (住民 登録)	病院などに提示する保険証を見て、ご記入ください。												<input type="checkbox"/> 住所地特例 <input checked="" type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 特養ホーム <input type="checkbox"/> 有料ホーム <input type="checkbox"/> その他()																																									
	施設名・病院名												〇〇病院																																									
上記以外の 現在 本人の いる場所	所在地												〒153-0061 東京都目黒区中目黒1-〇-〇 電話番号 03(8765)4321																																									
	期 間												令和4年3月25日～ 年 月 日(予定)																																									
現在の 認定内容	要介護度												要支援1						要支援2						要介護						要介護2						要介護3						要介護4						要介護5					
	有効期間												令和2年4月1日～令和5年3月31日																																									
変更申請 の理由	<input checked="" 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																																																					
	具体的に(裏面参照 ※書ききれない場合は裏面に記載してください)																																																					
情報提供 の同意に ついて	① 介護(介護予防)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、介護認定審査会資料および主治医意見を、目黒区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人等に提示すること。																																																					
	② 主治医意見書を作成した医師から求めがあった場合には、介護認定審査会による判定結果を提示すること。																																																					
③ 今回の申請(新規は除く)に係る認定調査を居宅介護支援事業者等に依頼する場合に、前回の認定審査会資料を認定調査に従事する調査員に提示すること。																																																						
該当する項目にチェックしてください。												本人署名 (目黒太郎)																																										
該当する項目にチェックしてください。												代筆者署名 (目黒花子)																																										
「情報提供の同意について」欄の本人署名は、本人が署名してください。本人が署名できない場合は、本人の了解を得て、家族・代行者等が本人署名を代筆の上、代筆者の署名も記入してください。																																																						

現在、病院等に居て、退院の予定がある場合は日付を記入してください。

病院などに提示する保険証を見て、ご記入ください。保険者名は該当する項目にチェックをしてください。記号・枝番は保険証に記載がない場合は記入不要です。

該当する項目にチェックしてください。

↓区は下記宛てに意見書の作成を

主治 医	医療機関												〇〇病院												入院中						最終受診(令和4年3月)					
	フリガナ 医師氏名												ヤマダ イチロウ 山田 一郎												診療科目(整形外科)						※2 今回の申請について 主治医は意見書作成を 了承していますか? <input checked="" type="checkbox"/> 了承を得ている <input type="checkbox"/> 了承を得ていない 必ず、主治医に意見書作成を お願いしてください。					
	所在地												〒153-0061 東京都目黒区中目黒1-〇-〇 電話番号 03(8765)4321												該当する項目にチェックしてください。 了承を得ていない場合、区から意見書が届くことを主治医に伝えてください。											

↓第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入 ※1 医療保険の被保険者証の写しを必ず添付してください

特定疾病												2号被保険者(40歳～64歳)の方は必ず記入してください。医師に意見書に特定疾病の記入をしてもらえるか確認してください。(特定疾病に該当しない場合、申請できません)																								
申請 代 行 者 ・ 代 理 者	フリガナ 氏名 (事業者名)												目黒 花子												本人との関係(長女)						<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" type="checkbox"/> 介護老人保健施設					
	住所 (所在地)												〒153-0042 東京都目黒区青葉台1-〇-〇												電話番号 03(1234)5678						代行申請の場合 記入してください。					

裏面も必ず記入してください。

裏面へつづく→

記入例

訪問調査	調査日程 連絡先	本人 <input checked="" type="radio"/> 他	氏名 目黒 花子	本人との関係(長女)	
	調査立会い 希望	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	日中連絡 のつく 電話番号	1 090 (1234) 4567	連絡希望 時間帯 午前10時から午後2時
			立会者 氏名	目黒 花子 本人との関係(長女)	
※4 調査実施 場所	<input type="checkbox"/> 住所地 (住民登録地) <input type="checkbox"/> 住所地以外の 現在本人のいる場所		<input type="checkbox"/> その他 () 〒 〇〇病院(入院中)	日頃のご本人の状況を ご存じの方になるべく 立ち会っていただくよう お願いします。	

本人の最近の 状況	過去 6か月の 入院・入所	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	医療機関・施設の名称 〇〇病院	期 間 R4年 3月 25日～ 年 月 日
	医療機関・施設の名称			期 間 年 月 日～ 年 月 日
	新規申請のきっかけ、サービスの利用希望、前回認定後からの変化、連絡先および調査時の注意などを詳しく書いてください			
	令和4年3月24日自宅で転倒し、痛みのため、翌日病院で検査の結果、左大腿骨骨折が判明した為、そのまま入院手術を行った。入院前は一戸建ての自宅で独居生活をしていた。			
	現在リハビリ中だが、入院前より著しく歩行状態が不安定になっている為変更申請を行う。			
	入院前の利用サービスは訪問介護週2回(掃除、買い物)、手すりレンタル(玄関2本)。退院後、歩行状態改善のため通所リハビリテーションでのトレーニングを希望している。			

ご本人様の現在の状況や、今後のサービスの利用希望、現在の利用状況、前回認定時からの状態の変化等を記入してください。

《申請・記入にあたってのお願い》

- ※1 申請時には介護保険被保険者証が必要となります。第2号被保険者については、医療保険被保険者証の写しも必要となります。
- ※2 「主治医」欄は、本人の現在の心身状況をよく知っている医師の氏名を記入してください。また、最終受診が3か月以上前の場合には、必ず受診し現在の状況を伝えてください。
- ※3 「特定疾病名」欄は、国が定める特定疾病名を記入してください。
- ※4 「訪問調査」欄は、事前に連絡の上、認定調査にお伺いしますので必ず記入してください。

個人番号の記入がない場合でも、その他の記入内容に問題がなければ申請はできます。なお、個人番号を記入した場合は、番号確認、本人確認を行うため、個人番号が分かる書類等が必要となります。

《事務欄》 ↓ 記入不要

受付	北・東・中・南 西・課・郵 氏名()	保険証回収 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	個人番号等確認欄		入力者	入力確認	調査員
	個人番号	個人カ・通知カ・その他()	本人確認	個人カ・免・パ・健・年・その他()			