

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

(R.4.4改正)

目黒区長宛て
次のとおり申請します。

新規 更新 変更 転入(継続・新規)

※1 介護保険被保険者証と一緒に添付してください

年 月 日

被保険者番号		個人番号											
医療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 東京都後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 目黒区(国保加入の方) <input type="checkbox"/> その他()										保険者番号	
	被保険者証	記号	番号					枝番					
フリガナ		生年月日					年 月 日						
氏名		性別					男・女		年齢		歳		
被 保 険 者	住所 (住民 登録地)	〒 目黒区 電話番号 ()										<input type="checkbox"/> 住所地特例	
	上記以外の 現在 本人の いる場所	施設名・病院名	<input 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()										
	所在地	〒 電話番号 ()											
	期間	年 月 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1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5				
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 具体的に() 「変更申請の理由」欄については、変更申請の場合のみ、必ずいずれかをチェックし、具体的な状況を記載してください。												
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書を、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。 以上に <input type="checkbox"/> 同意する 本人署名 () <input type="checkbox"/> 同意しない 代筆者署名 () 「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。												

↓区は下記宛てに意見書の作成を依頼します

主治 医	医療機関	最終受診(年 月)					※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 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。
	フリガナ 医師氏名	診療科目()					
	所在地	〒 電話番号 ()					

↓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

特定疾病名	※3 該当するか主治医に確認済みであること										
-------	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

申請 代 行 者 ・ 代 理 者	フリガナ 氏名 (事業者名)	本人との関係()					<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター (委託先) <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 地域密着型介護老人福祉施設 ()	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <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 ()
	住所 (所在地)	〒 電話番号 ()						

訪問調査 ※4	調査日程 連絡先	本人・他	氏名	本人との関係()		
			日中連絡のつく電話番号	1	()	連絡希望時間帯
		2	()			
	調査立会い希望	有・無	立会者氏名	本人との関係()		
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 () ← 近日中に転院及び入所など、本人の居所が移る場合 〒	電話番号 ()	月 日頃 から予定	

本人の最近の状況	過去6か月の入院・入所	有・無	医療機関・施設の名称	期 間 年 月 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			

《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	保険証回収	個人番号等確認欄		入力者	入力確認	調査員
	氏名()	有・無	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()			