

## 介護保険 要介護・要支援認定 申請書

\* 申請日は区が受理した日となります。

（該当するものに☑する）

東京都北区長 様

次のおり申請します。

申請区分	新規 <input type="checkbox"/>	更新 <input type="checkbox"/>	介護 <input type="checkbox"/>	変更 <input type="checkbox"/>	転入 <input type="checkbox"/>
------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

年 月 日記入

申請 (代行) 者	フリガナ 氏 名	該当に○（本人・配偶者・子・親族・民生委員・市町村職員・その他・地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院）（担当者名）									
	住 所	〒 電話番号 ( )									

被 保 険 者 (本 人)	被保険者番号	0	0	0							個人番号							
	フリガナ	明治・大正・昭和 年 月 日生																
	氏 名	( 男 ・ 女 ) 歳																
	住 所	〒 電話番号 ( )																

現 在 の 認 定	要介護度区分	要支援 1 ・ 2	要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	現 在 の 居 所	☐ 自宅	☐ 家族宅	☐ 病院	☐ 施設	☐ その他
	有効期間	年 月 日 から 年 月 日			☐ はい	☐ いいえ			
	※14日以内に他の自治体から転入した時に記入	転出元自治体（区市町村）名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか							

変更申請の理由	☐前回認定時より著しく悪化      ☐前回認定時より著しく改善      （※どちらかに☑する） 具体的に ( )								
---------	---------------------------------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--

過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	入院・入所施設名	期間	年	月	日	～	年	月	日
	所在地								
	入院・入所施設名	期間	年	月	日	～	年	月	日
	所在地								

主 治 医	医療機関名	主治医氏名	(診療科目)
	所在地	〒	電話番号 ( )

※医療保険の被保険者証を提示、または写しを添付（40歳から64歳の医療保険加入者は添付必須）

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号	医療保険被保険者証枝番	
特定疾病名			
※40歳から64歳の医療保険加入者のみ記入			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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、及び主治医意見書を北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、主治医意見書を作成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。

上記同意します。      (本人氏名)      (代筆者氏名)      関係 ( )

※以下は記入不要です。

区処理欄					提示	添付	なし				
					記載なし	記載あり			申請種別		
受付	入力	点検	資格	区→医	忘れ 不明	代理権確認			個人 2点	身元確認	窓 郵
					拒否 その他 ( )	登記 委任状 被保証 なし その他 ( )	個人 運転 居宅 なし 被保証 割合証 年金 医療証 その他 ( )	個人 通知 住民票 なし その他 ( )			
										補記	

