

記入例

要支援認定 申請書

※詳しい注意点は別紙表面をご覧ください

*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)

受付印欄	令和 4 年 4 月 1 日記入	1	申請区分	新規	更新	介護	変更	転入
				<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請(代行)者	フリガナ氏名 北区 太郎	該当に○(本人・配偶者・子・ 孫 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・指定介護療養型医療施設、介護医療院)(担当者名)
住所	〒 114-8508 北区王子本町1-15-22	電話番号 03 (3908) 1120

被保険者(本人)	被保険者番号 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7	個人番号 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
フリガナ氏名	キタク ハナコ	明治・大正・ 昭和 5 年 4 月 10 日生
氏名	3 北区 花子	(男・ 女) 87 歳
住所	〒 114-8508 北区王子本町1-15-22	電話番号 03 (3908) 1120

現在の認定	要介護度区分 要支援 1・ 2 要介護 1・2・3・4・5	該当するものに☑ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他
有効期間	4 令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 4 年 5 月 31 日	5 現在の住所
※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 <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日	

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 (※どちらかに☑する)
6	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 北区病院 期間 令和 4 年 2 月 7 日 ~ 令和 4 年 4 月 30 日 所在地 北区王子本町1-4-11
	入院・入所施設名 期間 7 月 日 ~ 年 月 日 所在地

主治医意見書	医療機関名 8 北区病院 所在地 114-8508 北区王子本町1-4-11	主治医氏名 赤羽 (診療科目) 内科 電話番号 03 (3098) 1111
意見書の提出日又は提出予定日	9 令和 4 年 4 月 3 日に	<input type="checkbox"/> 提出日 <input checked="" type="checkbox"/> 提出予定日 (該当するものに☑する) <input type="checkbox"/> 区から病院へ送付希望

*北区では、被保険者本人、家族、ケアマネジャー等が、医療機関に直接主治医意見書の作成を依頼していただく方式を取っております。
※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	10	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。 **11**(本人氏名) 北区 花子 (代筆者氏名) 北区 太郎 関係(長男)

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

認定調査連絡票

裏面

記入例

※詳しい注意点は別紙裏面をご覧ください

更新



介護



変更



①

※各設問の該当する項目に☑のうえ、必要事項を記入してください。

受付印欄

②

被保険者番号		0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	フリガナ	キタク	ハナコ
被保険者氏名		北区 花子												
訪問 調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	③	住所 電話		〒 114-8508 北区王子本町1-15-22 (電話番号) 03 - 3908 - 1120									
	<input checked="" type="checkbox"/> 施設 病院等 (短期入所は 除く)	④	施設名 病院名		北区病院 入院病棟: 東 病棟 3 階 303 号室									
			住所 電話		〒 114-8508 北区王子本町1-4-11 (電話番号) 03 - 3908 - 1111									
			⑤ 入院・入所		令和 4 年 2 月 7 日頃									
			⑥ 入院中の方は 現在の心身の状況 について(病名等) 具体的に記入		〔例〕〇月〇日△△△の手術をし入院中。転倒し△△△を骨折 など 2月7日自宅で転倒し、大腿骨骨折し入院。2月14日手術を受けた。〕									
		⑦ 退院・転院・退所		令和 4 年 5 月 1 日頃 <input type="checkbox"/> 退院 <input checked="" type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 退所 予定あり										
				<input type="checkbox"/> 予定なし <input checked="" type="checkbox"/> 予定あり		転院等の予定先をご記入ください。 北区リハビリテーション病院								
調査時 立会	<input type="checkbox"/> 立会 なし <input checked="" type="checkbox"/> 立会 あり <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・病院職員 <input type="checkbox"/> その他	⑧	フリガナ	キタク タロウ		本人との 続柄		長男						
			氏名	北区 太郎										
			電話①	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※平日の日中に連絡の取れる連絡先		090-1234-5678								
			電話②	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ※平日の日中に連絡の取れる連絡先		03-3908-1120								
立会	⑨	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの立会 <input checked="" type="checkbox"/> サービス提供責任者の立会		事業所名		氏名		理由						
		※ケアマネジャー、サービス提供責任者の立会は原則認めておりませんが、例外として施設入所者、又は在宅でも認知症状等があり、独居・遠方などの理由により家族の立会が出来ない場合は、理由を記入してください。(ヘルパーの立会は認めません)		〔 〕										
調査日	⑩ 火曜、木曜デイサービス利用。													
連絡 事項	⑪ 調査の際に配慮することなどあればご記入ください。 ・認知症があるので、調査後立会人に聞き取りを必ずしてください。 ・夫と同時申請しているので、同じ日に調査をしてください。													