

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。

東京都北区長 様

（該当するものに☑する）

次のとおり申請します。

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

受付印欄

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・指定介護療養型医療施設、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	<input 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	年 月 日 から 年 月 日			
	※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) 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 意 見 書	医療機関名	〒	主治医氏名	(診療科目)
	所在地	〒	電話番号	()
	意見書の提出日又は提出予定日	年 月 日に	<input type="checkbox"/> 提出日 <input 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	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 ()

区処理欄																			
	受付	入力	点検	資格	区一医	記載なし	記載あり										申請種別		
					忘れ 不明 拒否 その他 []	代理権確認 登記 委任状 被保証 なし その他 []					身元確認 個人 運輸 居宅 なし 2点 [] 被保証 割合証 年金 医療証 その他 []					窓 郵 担当者印 補記			

認定調査連絡票

新規

更新

介護

変更

※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

被保険者番号		000	フリガナ		
			被保険者氏名		
訪問 調査先	<input type="checkbox"/> 自宅	住所 電話	〒 (電話番号) - -		
	<input type="checkbox"/> 施設 病院等 (短期入所は 除く)	施設名 病院名	入院病棟: 病棟 階 号室		
		住所 電話	〒 (電話番号) - -		
		入院・入所日	年 月 日頃		
		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) ○月○日△△△の手術をし入院中。転倒し△△△を骨折 など〕		
		退院・転院・退所	年 月 日頃 <input type="checkbox"/> 退院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 退所 予定あり		
<input type="checkbox"/> 予定なし <input type="checkbox"/> 予定あり	転院等の予定先をご記入ください。				
調査時 立会	<input type="checkbox"/> 立会 なし	フリガナ			本人との 続柄
		氏名			
	<input type="checkbox"/> 立会 あり <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・病院職員 <input type="checkbox"/> その他	電話①	<input 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
		電話②	<input 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
<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの立会 <input type="checkbox"/> サービス提供責任者の立会	事業所名		氏名		
※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)		電話		理由	
		【原則として平日の日中(9:00~17:00)に実施します】 ※立会人含め、ご都合の悪い日・曜日、時間帯がある場合はご記入ください。			
調査日					
連絡 事項	調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入してください。				