

# 記入方法

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書  
[新規・更新・区分変更]

台東区長 殿  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和〇年 〇月 〇日

医療保険の保険者名・保険者番号、記号・番号・枝番をご記入ください。

被保険者（認定を受ける人）	被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0										個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇															
	医療保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合															保険者番号	39131065										
	保険被保険者証記号																番号	0000000					枝番					
	フリガナ	たいとう たろう															生年月日	昭和〇年1月1日										
	氏名	台東 太郎															年齢	85歳					性別	男				
	住所	台東4丁目〇番4号															電話	03(1〇11)11〇1										
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分等	要支援1														有効期間	令和3年4月4日から令和4年4月30日										
	申請理由	娘と二人で生活。最近腰が痛くて外出できない。トイレに行くことも大変である。ヘルパー週1回利用(火曜)。																										
	調査場所	現在入院・入所している場合	施設名														(階 号室)	<input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他										
			所在地														電話	( )										
		期間(予定)	年 月 日 から 年 月 日																									
	その他の場合	台東区東上野〇-1-1 (長女宅)													電話	03(2〇22)〇222												
※第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方のみ記入																												
特定疾病名																												
申請者	氏名	該当に〇(本人・家族)地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設(福祉・老健・医療院)・その他( )																										
	(提出代行者)	台東 花子 (長女)																										
	住所	台東区東上野〇-1-1															電話	03(2〇22)〇222										
主治医	医療機関名	〇〇病院		フリガナ	姓 アサクサ		名 イチロウ	最近の受診日																				
				主治医氏名	浅草		一郎	〇月中旬頃																				
	所在地	台東区西浅草1-〇-1															電話	03(〇333)333〇										

印字されている内容が正しいかどうかご確認ください。  
変更がある場合は、**二重線で消して訂正してください。**  
※年齢・電話番号をご記入ください。

現在のお体の状況や、ご利用のサービスがありましたら、ご記入ください。

施設等、住所地以外にお住まいの場合や、入院中の方は必ずご記入ください。

●本人による申請や郵送申請の場合は、本人の氏名のみをご記入ください。  
●家族が申請する場合は、申請する家族の方の氏名・続柄・住所・電話番号をご記入ください。  
●ケアマネジャーや施設等の代行申請の場合は、事業所名、事業所番号、担当者氏名の記入をしてください。

下記のことについて同意します。  
(1) 介護サービス計画又は介護予防サービス計画作成等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台東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、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供すること。  
(2) 認定調査のため、この申請書の写しを認定調査員に提供すること。

被保険者氏名(※必須) **台東 太郎** 代筆者氏名 **台東 花子** 関係(長女)

※訪問調査時に立会いをされる方を記入してください。  
フリガナ **たいとう 花子** (本人との関係)  
氏名 **台東 花子 (長女)**  
日中の連絡先  
(1) **03(2〇22)〇222**  
(2) **090(123〇)〇567**  
調査日の都合の悪い曜日等 **火曜日**

内容をよくお読みの上、同意のうえご署名してください。  
代筆する場合は、本人氏名と、代筆者の氏名・本人とのご関係をお書きください。  
※ケアマネジャー等への情報提供、認定調査の実施にあたり、同意が必要となります。

現在のご本人の心身の状態をご存じの主治医をお一人フルネームでご記入ください。  
3ヶ月以上受診していない場合は、意見書を書いていただけるかどうか、事前に主治医にご確認ください。  
記入された主治医に対し、区から「意見書」の記入を依頼します。

調査日程について連絡いたします。必ず日中に連絡のつく電話番号(携帯電話など)をご記入ください。

※40歳から64歳の方は、「特定疾病名」を記入してください。

- 申請に必要なもの
- 介護保険 要介護認定・要支援認定申請書
  - 介護保険被保険者証
  - 窓口に来る方の本人確認ができる書類(運転免許証等)
  - 郵送で申請される場合は、申請者の本人確認書類(運転免許証等の写し)