

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〕

保	入力
再	
メ	

台東区長 殿  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被保険者（認定を受ける人）	被保険者番号				個人番号			
	医療	保険者名			保険者番号			
	保険	被保険者証	記号	番号			枝番	
	フリガナ				生年月日	明・大・昭	年月日	
	氏名				年齢	歳	性別	男・女
	住所				台東区 電話 ( )			
	前回の要介護認定の結果等		要介護状態区分等	要介護 1 2 3 4 5			要支援 1 2	
			有効期間	年 月 日 から			年 月 日	
	申請理由							
	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			
所	その他の場合 ※住所地と同じ場合は記入不要		電話 ( )					
	※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 (提出代行者)	該当に○〔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（事業者番号 ( )）〕						
	住所	電話 ( )						
主治医	医療機関名	フリガナ	姓	名	最近の受診日			
		主治医氏名			頃			
	所在地	電話 ( )						

下記のことについて同意します。

- 介護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、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、主治医意見書、台東区が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提供する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）こと。
- 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) 代筆者氏名 関係( )

認定調査立会い	※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	本人との関係
	氏名	( )
	日中の連絡先	
	(1) ( )	
(2) ( )		
調査日の都合の悪い曜日等		

※職員記入欄	
調査日:	年 月 日( )
時間:	
調査員:	
未	

受理日印

区・包括( )  
受付者〔 〕