

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

新規

江東区長 殿

次のとおり申請します。

【 **新規** ・ 更新 ・ 変更 】

令和 年 月 日

申請者	フリガナ 氏名	.....						本人との 関係	印
	住所	〒							
	提出代行者 名称	該当に○(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)							
		電話							
		電話							

被 保 者	被保険者番号	0	0	0							
	フリガナ 氏名	.....						生年月日	明・大・昭 年 月 日 ()歳	
	個人番号										
	住所	.....						性別	男 ・ 女	
	被保険者の 居る場所 (短期入所を除く)	該当に○ → 自宅・施設・病院・その他 ※上記住所と違う場合は所在地等を記入 ※入院は病室番号も記入						入院(所)日(予定を含む)	平成・令和 年 月 日		
※認定調査を 行う場所	住所						階 号室	退院(所)日(予定を含む)	令和 年 月 日		
現在の 認定結果等	要支援状態区分 1 2			要介護状態区分 1 2 3 4 5							
変更申請の理由 (変更のみ)	有効期間 平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日										

主 治 医	医療機関名	.....						最近の 受診日	平成・令和 年 月 日
	フリガナ 主治医の氏名 (フルネーム)	.....						診療科	月 ・ 週 _____ 回程度
	所在地	〒						受診の 頻度等	次回受診予定 月 日
		電話							

2号被保険者 **40歳から64歳までの医療保険加入者のみ記入** **医療保険の被保険者証の写しを申請書に添えて提出してください。**

医療保険者名	.....						医療保険被保険者 証 記 号 番 号	.....
特定疾病名	.....							

開示同意

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時は、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、江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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提出することに同意します。

本人氏名 [] 代筆者氏名 []

認 定 調 査 時 の 立 会 い	立会いの 希望	フリガナ	本人との 関係
	有・無 (どちらかに○)	立会者氏名	
		日中連絡先 電話番号	
		住所	
メモ：訪問調査における注意事項等がありましたらご記入ください。			

收受

長サ	受付	番号確認	本人確認	入力	証回収	資格者証発行	保険料納付
郵送		番号カ 通知カ 住民票	番号カ 医保 免許 他				有・無