

個人番号

介護保険 要介護・要支援 認定申請書

(宛先)東京都板橋区長
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

申請区分
[] 新規 [] 更新 [] 区分変更 [] 転入・その他
※該当にチェックしてください ※区分変更の場合は申請理由を裏面に記入してください

申請者(窓口来所者)
住所(所在地) 〒 携帯電話 ()
フリガナ 電話番号 ()
氏名 被保険者との関係
提出代行者名称等 *該当に○をしてください (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・介護医療院)
被保険者の認定調査を受託 できる ・ できない (○をしてください)

介護保険被保険者番号 0 0 0 事業者番号
医療保険情報
1 東京都後期高齢者医療広域連合 2 板橋区(国民健康保険加入の方)
3 その他(下記項目に記載してください。)
[保険者名] [記号]
[保険者番号] [番号] [枝番]
住所 〒 携帯電話 ()
自宅 ()
フリガナ 生年月日
氏名 明・大・昭 年 月 日
前回の要介護認定の結果
要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 要支援1 要支援2
有効期間 年 月 日から 年 月 日
本人の居所
1 自宅(住所と同じ) 2 病院等に入院中 3 介護保険施設に入所中 4 その他(家族宅・有料老人ホーム等)
※「2 病院等に入院中」「3 介護保険施設に入所中」「4 その他」に該当する方は必ず記入してください
病院名・施設名・家族名等 電話番号 ()
病棟及び部屋番号 階 号室
所在地
入院・入所年月日 年 月 日 退院・退所予定年月日 年 月 日頃 / 未定
※未定の場合は「未定」に○をしてください

主治医
フリガナ 前回診察日 年 月 日頃
主治医氏名 ※フルネームで記入してください 次回診察予定日 年 月 日頃
医療機関名 診療科
所在地 〒 電話番号 ()

※第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方のみ記入してください。

特定疾病名

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、及び主治医意見書、板橋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所又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、板橋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示する(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。)ことに同意します。

本人氏名(署名) 代筆者氏名(署名)

区処理欄 調査委託先 事業者名 事業者番号

被保険者氏名

訪問調査員への連絡事項

事前に調査員に渡す情報です。必ず記入してください。

1	訪問調査時の同席について	<p>(1) 調査の時にどなたか同席されますか（どちらかに○をつけてください） ※実態に合った調査をするために、できるだけご家族等の同席をお願いいたします</p> <p style="text-align: center;">・ 同席する ・ 同席しない</p> <p>(2) 同席する方について記入してください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">氏名 _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">本人との関係 _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">〒 _____</td> <td style="border: none;">日中連絡の 携帯電話 ()</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">住所 _____</td> <td style="border: none;">取れる連絡先 自 宅 ()</td> </tr> </table>	氏名 _____	本人との関係 _____	〒 _____	日中連絡の 携帯電話 ()	住所 _____	取れる連絡先 自 宅 ()
氏名 _____	本人との関係 _____							
〒 _____	日中連絡の 携帯電話 ()							
住所 _____	取れる連絡先 自 宅 ()							
2	訪問調査実施日について	<p>(1) 調査実施日について、ご都合の悪い日時・曜日がありますか（どちらかに○をつけてください）</p> <p style="text-align: center;">・ 特になし ・ ある</p> <p>(2) 同席者を含め、ご都合が悪い日時・曜日がある場合は記入してください</p>						
3	家族等連絡先	<p>※調査に同席される方と、同じ方の場合「同上」と記入してください</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">氏名 _____</td> <td style="width: 50%; border: none;">本人との関係 _____</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">〒 _____</td> <td style="border: none;">携帯電話 ()</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">住所 _____</td> <td style="border: none;">連絡先 自 宅 ()</td> </tr> </table>	氏名 _____	本人との関係 _____	〒 _____	携帯電話 ()	住所 _____	連絡先 自 宅 ()
氏名 _____	本人との関係 _____							
〒 _____	携帯電話 ()							
住所 _____	連絡先 自 宅 ()							
4	区分変更申請の理由 ※要支援からの見直しの場合も記入してください	<p>・前回の認定時と比べて、介護の手間が [増えて・減って] いるから（どちらかに○をつけてください） 【具体的な状況を記入してください】</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						
5	訪問調査に向う際の留意事項	<p>※調査員に事前に知らせておきたいことがあれば記入してください</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>						

公費優先の医療給付等があれば○をしてください	
第三者行為	労 災
公務災害	戦傷病者
原爆被爆者	公 害

区 処 理 欄				
備考	受 理 日	受付者	端末入力日	入力者