介護保険　要介護認定・要支援認定等申請書

区 変

江東区長　殿

【　新規　・　更新　・　変更　】

次のとおり申請します。

令和　　年　　月　　日

申請者	フリガナ 氏　名		本人との関係	
	住　所	〒 電話		
	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・介護医療院） 電話		

被保険者	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
			性　別	男　・　女
	個人番号			
	住　所	電話		
	被保険者の居る場所 （短期入所を除く） ※認定調査を行う場所	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 名称　※入院は病室番号も記入 階　号室 住所 電話	入院(所)日(予定を含む) 平成・令和　年　月　日 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 有効期間　令和　年　月　日　から　令和　年　月　日		
	変更申請の理由（変更のみ）			

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

医療保険	**第2号被保険者（40歳から64歳まで）で医療保険加入者は必ず記入してください。また、資格情報のお知らせ、資格確認書、マイナポータルにおける医療保険資格情報画面のいずれかの提示、もしくは郵送の場合は写しを申請書に添えて提出してください。**						
	保険者名		被保険者	記号		番号	枝番
	保険者番号		特定疾病名 （第2号被保険者は記入必須）				

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	続柄 (　　)

認定調査時の立会い	立会いの希望 **有・無** （どちらかに○）	フリガナ 立会者氏名	本人との関係	
		日中連絡電話番号		
		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。			

収受

長サ 郵送	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
		番号カ 通知カ 住民票	番号カ 医保 免許 他				有・無