

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~~]

品川区長 あて
次のとおり申請します。

| | | |
|----------------------|-----|---------------|
| 受付場所 | 受付者 | 認定調査 |
| ・区 ・支援センター () | | ・区 ・支援センター |

| | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---------|--|-------|--|-------|--|--------------------------|--|--|---------------|-------|------|----|
| | | 個人番号 | | | | | | | | | | | | |
| 被 保 者 | 被保険者番号 | | | | | | | | | | | 申請年月日 | | |
| | フリガナ | | | | | | | | | | | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | 性別 | | |
| | 住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新・区分変更認定場合のみ記入 | 要介護状態区分 | | | | | | | | | | | 有効期間 | から |
| 現在入院または入所している場所 | 病院・施設名 | | | | | | | | | | | 病棟 | 病室 | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | 電話番号 | | |
| | 退院予定 | 月 | | 日頃 | | に退院予定 | | ・ | | | | 予定なし | | |
| 申請者氏名 | | | | | | | | | | | 本人との関係 | | | |
| 提出代行者 | 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) | | | | | | | | | | | | 印 | |
| 申請者住所 | 〒 | | | | | | | | | | | | 電話番号 | |
| ※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要 | | | | | | | | | | | | | | |
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | | | | | | | | | | | 診療科名 | | |
| | 医療機関名 | | | | | | | | | | | | | |
| | 所在地 | 〒 | | | | | | | | | | | | |
| | 最終診療日 | 年 | | 月 | | 日頃 | | ※3ヶ月以上未受診の場合は必ず受診してください。 | | | | | | |
| 2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。「健康保険被保険者証」の写しを添付 | | | | | | | | | | | | | | |
| 医療保険者名 | | | | | | | | | | | 医療保険被保険者証記号番号 | | | |
| 特定疾病名 | | | | | | | | | | | | | | |
| 要介護認定の申請にあたり、以下のことに同意します。 ①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、及び主治医意見書を品川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若しくは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供すること。 ②認定調査のため、この申請書および認定調査事前確認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() | | | | | | |

※必ず「要介護・要支援認定申請書」と一緒にご提出ください。

介護認定調査事前確認書

| | | | | | | | | | | |
|--------|---|---|---|--|--|--|--|--|--|--|
| 被保険者番号 | ○ | ○ | ○ | | | | | | | |
| 被保険者氏名 | | | | | | | | | | |

| | |
|---------|-----|
| 受付場所 | 受付者 |
| ・高齢者福祉課 | |
| ・()在支 | |

下記の事項についてお答えください。(項目記載もしくは○印で囲んでください。)

1. 調査を行う場所はどこですか？

① 自宅 ② 自宅以外

施設・病院名など

病棟 階 病室

所在地

電話

2. 調査の立ち会いについて

立ち会いを

① 希望する

② 希望しない

立会人 氏名

(続柄

) 住所

日中連絡がとれる電話番号

①

②

※ 日程調整の電話連絡は8:30～17:00の間で差し上げます。

※ 認定調査は平日9:00～16:00の間に開始し、1時間ほどお時間をいただきます。

※ 認定調査時と普段の生活状況が異なる場合もあります。認定調査にご同席いただき普段の生活状況や介護の手間についてお聞かせください。ただし、ご入院中の場合は 看護師等への聞き取りが中心となりますので、お立会いは必須ではありません。

3. 現在の心身の状況はいかがですか？

① 安定している

② やや不安定だが調査は可能

③ その他(転・退院予定、手術前後、透析の曜日等)

4. 調査員に事前に伝えておきたいことはありますか？

(癌等進行性の疾患であり本人に未告知の場合や、認知症がある等)

<認定結果通知書の送付先について>

認定結果通知書については、原則住所地(住民票登録地)に送付されます。

別の送付先を設定する場合は、別途、送付先変更届出書を提出していただく必要がありますので、下記、問い合わせ先へご連絡ください。

なお、送付先変更届出書で登録された住所地については、介護保険料および給付関係の書類も送付されますので、ご留意ください。また、すでに届出書が出ている場合は、届出書の登録地に自動的に送付されます。

【問い合わせ先】

品川区役所 高齢者福祉課 介護認定係 電話 03-5742-6731

申請書は現在、使用している被保険者証、認定調査事前確認書、身元確認書類とともに高齢者福祉課介護認定係までお送りください。

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書の記入例

- 初めて申請される方および要支援の方が見直しを希望される場合は「新規」、更新を希望される場合は「更新」、要介護の方が見直しを希望される場合は「区分変更」に○をしてください。
- 認定結果については、原則住所地（住民票登録地）に送付されます。別の送付先を設定する場合は、介護認定調査事前確認書をご参照のうえ、下記問い合わせ先へご連絡ください。
- 認定調査を受ける場所になります。上記住民票以外の居所の場合は必ず記載をお願いします。（記載漏れがあると調査員手配遅延の原因になります。）申請後、退院・転院が決まった場合は、速やかに下記までお知らせください。
- ご本人やご家族に代わり、代行申請する場合はご記入ください。ご家族が申請する場合は、記入不要です。
- 定期的に受診している医師名をご記入ください。また、認定を受けたことのある方は、前回認定時の主治医氏名等が印字されています。変更のある場合は、二重線で消して余白に現在の主治医氏名等をご記入ください。
- 申請内容や認定結果を認定調査員、主治医等に提示することに同意する欄です。提示に同意する場合は、ご本人の氏名をご記入ください。なお、代筆の場合は、代筆者氏名とご本人との関係もご記入ください。

●問い合わせ・郵送先
 〒140-8715 品川区広町2-1-36
 品川区高齢者福祉課介護認定係 TEL03-5742-6731（直通）

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 受付場所 受付者 認定調査

[新規 ・ 更新 ・ 区分変更]
 品川区長 あて
 次のとおり申請します。

必ず裏面をご参照ください。

| | | | |
|--|--|-------|-----------------------------|
| 個人番号 | | | |
| 被保険者番号 | | 申請年月日 | |
| フリガナ | | 生年月日 | |
| 氏名 | | 性別 | |
| 住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |
| 前回の要介護認定の結果等 *要介護・要支援更新・区分変更認定場合のみ記入 | 要介護状態区分 | | |
| | 有効期間 | から | |
| 現在入院または入所している場所 | 病院・施設名 | 病棟 | 病室 |
| | 所在地 | 〒 | |
| | | 電話番号 | |
| 退院予定 | 月 | 日頃 | 退院予定 予定なし |
| 申請者氏名 | | | 本人との関係 |
| 提出代行者 | 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） | | |
| 申請者住所 | 〒 | | |
| | 電話番号 | | |
| ※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要 | | | |
| 主治医 | 主治医の氏名 | 診療科名 | |
| | 医療機関名 | | |
| | 所在地 | 〒 | |
| | | 電話番号 | |
| 最終診療日 | 年 | 月 | 日頃 ※3ヶ月以上未受診の場合は必ず受診してください。 |
| 2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入。「健康保険被保険者証」の写しを添付 | | | |
| 医療保険者名 | 医療保険被保険者証記号番号 | | |
| 特定疾病名 | | | |
| 要介護認定の申請にあたり、以下のことに同意します。 ①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、及び主治医意見書を品川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若しくは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供すること。 ②認定調査のため、この申請書および認定調査事前確認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（ ） | |

◎個人番号の本人確認について

申請書の個人番号記入欄は空欄で差し支えございません。

マイナンバー法施行により平成 28 年 1 月以降、要介護（要支援）認定申請時には申請書に個人番号を確認・記載することが義務付けられました。なりすまし防止のため、申請書提出の際に身元確認書類の写しの提出をお願いしています。

※厚生労働省からの事務取扱（平成 27 年 12 月 15 日発出）より申請書の個人番号記載は市町村にて記載できることとなっております。

1. 本人または使者（家族等）による申請の場合

本人の身元確認書類

1点だけで身元確認ができる書類

被保険者本人の個人番号カード、運転免許証、パスポート、住基カード（写真付き）、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳、愛の手帳（療育手帳）、在留カード、特別永住者証明書等

※公的機関で発行された写真付きの書類

2点あれば身元確認ができる書類

被保険者本人の介護保険被保険者証、健康保険被保険者証、後期高齢者医療被保険者証、介護保険負担割合証、介護保険負担限度額認定証、介護保険各種決定通知書（氏名・住所が記載されたもの）、住基カード（写真無し）、年金手帳等

※公的機関で発行された写真無しの書類

2. 代理人、ケアマネジャー等による代理申請の場合

①代理人の身元確認書類

1点だけで身元確認ができる書類

代理人の個人番号カード、運転免許証、住基カード（写真つき）等
※代理人に対して公的機関で発行された写真付きの書類

※ケアマネによる申請の場合、介護支援専門員証でも可

2点あれば身元確認ができる書類

代理人の公的医療保険の被保険者証、住基カード（写真無）、年金手帳等 ※代理人に対して公的機関で発行された写真無しの書類

②代理権の確認書類

法定代理人の場合には戸籍謄本等、任意代理人の場合は委任状
ケアマネによる申請の場合は申請書の提出代行者欄に事業者の名称を記載し、押印（事業者印、施設印、法人代表者印）していただければ代理権確認書類の提出は不要です