

受付			入力	確認
恵ひ原あ笹せ か本豊富千区	/			

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

渋谷区長 様 要介護更新認定・要支援更新認定

次のとおり申請します。

被保険者・サービスを受ける人	被保険者番号				申請日				年 月 日				
	個人番号				個人番号								
	医療 保険	保険者名				保険者番号							
		被保険者証				記号		番号		枝番			
	フリガナ				生年月日				年 月 日				
	氏 名				性別				男・女				
	住 所				〒				電話番号				
	前回の要介護認定の結果等(新規申請の場合は記入不要)				要介護状態区分 1 2 3 4 5				要支援状態区分 1 2				
					有効期間				年 月 日 から 年 月 日				
	現在いる場所(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住所等を記入 ※入院は病室番号も記入_____階_____号室								
				名称									
				住所等						電話番号			

申請者氏名			本人との関係	
提出代行者名称 (代行の場合のみ記入)	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) (担当者)			
申請者又は提出代行者の住所	〒		電話番号	

主治医 (かかりつけの医師)	主治医の氏名		直近の受診日	年 月 日
	医療機関名		診療科	
	所在地	〒		
		電話番号		

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	
-------	--

認定調査日程等 連絡先 (ご本人様以外の場合にご記入ください。)	フリガナ		本人との続柄	
	氏 名			
	日中連絡先 電話番号		立会いの希望の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 立会人氏名 _____ 本人との関係 _____	

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・要支援認定に係る調査内容、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、渋谷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示することに

同意します 同意しません

見本

受付				入力	確認
恵	ひ	原	あ	笹	せ
か	本	豊	富	千	区

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

渋谷区長 様

要介護更新認定・要支援更新認定

次のとおり申請します。

被保険者	被保険者番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	申請日	年	月	日										
	医療保険	保険者名	第二号被保険者の方は必ず記入して、医療保険証のコピーを添付してください。										個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3
	被保険者証	フリガナ	シバヤ タロウ										生年月日	XX	年	XX	月	XX	日						
	フリガナ	姓	和暦・西暦を問いません。										性別	男・女											
サービスを受ける人	住所	渋谷区宇田川町1-1														電話番号	03-1234-5678								
	前回の要介護認定の結果等(新規申請の場合は記入不要)	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2															
	有効期間	20XX年 XX 月 XX 日 から 20XX年 XX 月 XX 日																							
	現在いる場所(短期入所を除く) ※ 認定調査を行う場所	名称	調査を行う場所等を記入してください。										住所等	電話番号											

申請者氏名	渋谷 花子	本人との関係	妻
提出代行者名称 (代行の場合のみ記入)	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) ケアマネージャー等が申請を代行する場合は、この欄に記入してください。		
申請者又は提出代行者の住所	被保険者と申請者の住所が異なる場合や提出代行者が申請する場合はこの欄に住所等を記入してください。		

主治医 (かかりつけの医師)	ここに記載して頂いた主治医に意見書の記載を区より依頼します。 概ね3か月以内に受診していない場合には、至急受診のうえ、主治医に介護保険の主治医意見書の依頼がくる旨お伝えください。
-------------------	--

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	第二号被保険者の方は必ず記入して、医療保険証のコピーを添付してください。
-------	--------------------------------------

認定調査日程等 連絡先 (ご本人様以外の場合にご記入ください。)	フリガナ	本人との関係	認定調査の日程の調整を本人以外にする場合には、必ず記入してください。 また、立会いの有無も記入をお願いします。
--	------	--------	--

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・要支援認定に係る調査内容、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、渋谷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

内容を確認のうえ、必ずチェックをしてください。

同意します 同意しません