

# 介護保険 要介護・要支援〔新規・更新・変更〕認定申請書

受付印

葛飾区長 へ  
次のとおり申請します。

	申請年月日	平成 年 月 日
提出者氏名	本人との関係	
提出者住所	〒 _____ 電話番号 _____	
提出代行の場 合	該当するものに (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) 名称 _____ 印 _____	

被 保 険 者 ( 申 請 者)	被保険者番号											*提出者が被保険者本人の場合、提出者住所・電話番号は記載不要
	フリガナ						生年月日	明・大・昭 年 月 日				
	氏名						性別	男 ・ 女				
	住所	〒 _____ 電話番号 _____										
	前回(現在)の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援	非該当			
	*更新・変更申請の場合のみ記入	有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日									
		変更申請の理由 _____										
現在被保険者の居る場所 (短期入所を除く)	施設または病院名											
	所在地											
	電話番号						介護保険施設入所	有	無			

主治医	医療機関名						診療科					
							主治医の氏名					
	所在地	〒 _____ 電話番号 _____										

老人保健法医療受給者証をお持ちの方のみ記入してください。

市町村番号							受給者番号						
-------	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--	--	--	--

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。  
(現在有効な医療保険被保険者証の提示が必要です。)

医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号					
保険者番号						特定疾病名					

申請に関する問合せ先(提出者及び被保険者と同じ場合は不要)

問合せ先	氏名						本人との関係					
自宅又は勤務先	住所	〒 _____					勤務先	電話番号 _____ 内線 _____				

介護サービス計画を作成する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、介護保険被保険者証の内容を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示及び写しの交付又は情報提供することに同意します。

主治医が情報提供を求めたときは、主治医に介護認定結果及び居宅サービス計画を提示することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

処理欄	訪問調査依頼先
-----	---------

申請にあたっては介護保険被保険者証(介護保険証)の添付が必要です

# 申請書の記入方法

## 介護保険 要介護・要支援 [新規・更新・変更] 認定申請書

葛飾区長 へ  
次のおり申請します。

提出者氏名	葛飾太郎	申請年月日	平成13年10月1日
提出者住所	〒124-0012 葛飾区立石×-×-×	本人との関係	子
提出代行の場 合 名称	該当するものに○ (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) 2枚目は不要		

被 保 険 者 申 請 者	被保険者番号	○ ○ ○ ○ × × × × × × × ×	*提出者が被保険者本人の場合、提出者住所・電話番号は記載不要	
	フリガナ	カツ シカ チョウ タ ロウ	生年月日	明・大・昭 4 年 7 月 23 日
	氏名	葛飾長太郎	性別	男・女
	住所	〒125-0042 葛飾区金町×-×-×	電話番号	3607-××××
	前回(現在) の要介護認定 の結果等 *更新・変更申請 の場合のみ記入	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援 非該当
	有効期間	平成 年 月 日から平成 年 月 日		
現在被保険者 の居る場所 (短期入所を除く)	施設または病院名	船橋△リハビリテーション病院		
	所在地	千葉県船橋市××××		
	電話番号	047-×××-×××	介護保険施設入所	有 (無)

主治医	医療機関名	○ ○ 病院	診療科	内科
	所在地	〒125-0062 葛飾区青戸×-×-×	主治医の氏名	介護一郎
			電話番号	5698-××××

老人保健法医療受給者証をお持ちの方のみ記入してください。

市町村番号	2 7 1 3 8 2 2 1	受給者番号	× × × × × × × ×
-------	-----------------	-------	-----------------

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入してください。  
(現在有効な医療保険被保険者証の提示が必要です。)

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
保険者番号	特定疾病名

申請に関する問合せ先(提出者及び被保険者と同じ場合は不要)

問合せ先 氏名	葛飾花子	本人との関係	子
自宅又は 勤務先 住所	〒125-0033 葛飾区東水元×-×-×		
	勤務先	〇〇商事〇〇〇課 電話番号3696-×××× 内線1111	

介護サービス計画を作成する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、介護保険被保険者証の内容を居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人に提示及び写しの交付又は情報提供することに同意します。

主治医が情報提供を求めたときは、主治医に介護認定結果及び居宅サービス計画を提示することに同意します。

本人氏名 葛飾長太郎

処理欄	訪問調査依頼先
-----	---------

申請の手続き  
を行った人

介護保険被  
保険者証の  
番号を記入

被保険者が  
自宅に居る  
場合は記入  
不要

日頃よくか  
かっている  
医師を記入

裏面を参照して  
15種類の特定疾  
病名から記入

健康保険証  
に記載して  
ある名称等  
を記入

日中の連絡  
先が異なる  
場合は記入

記入不要

自署、本人が記入できない場合は、家族などが本人氏名を代筆し、その後に(〇〇〇〇代筆)と記入