

# 介護保険要介護認定・要支援認定申請書（新規・更新・変更・転入）

中野区長あて

※申請時は介護保険被保険者証を提示して下さい。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0	申請年月日	令和 年 月 日
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		年齢	歳 性別 男・女
	住所	電話 ( )		
	現在(前回)の要介護度	非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	有効期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで		
	新規・変更申請の理由 ※利用予定のサービスも記入			
特定疾病名 ※40～64歳の方のみ記入	◆40歳から64歳の方は、必ず医療保険の資格情報が確認できる書類等の写しを添付して下さい。			
い現上 な在記 い、の 場居住 合住所 しに て	病院・施設等の名称、または寄留先(〇〇方等)			
	病院・施設等の所在地、または寄留先住所			
	電話 ( )			
期間	入院入所(予定) :	年 月 日	退院退所(予定) :	年 月 日頃 未定
面 接 調 査 日 程 等 の 連 絡 先	フリガナ氏名	本人との関係	面接調査の同席	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない
	※電話	1 自・勤・携・他( )	連絡先の方と同席者が異なる場合は、同席者の氏名を記入して下さい。	
	2 自・勤・携・他( )	フリガナ氏名	本人との関係 ( )	
備考	※電話は日中に連絡のつくものでお願いします。1・2の順番でご連絡します。			

○
○
○

この申請のうち事務処理に必要な事項は、電子計算組織に記録し処理します。

意 見 書 作 成 医 師	主治医氏名	フルネームで記入して下さい。	医療機関名	最新の受診日、又は予定日
	所在地	電話 ( )		頃
	該当に	<input type="checkbox"/> 現在入院中の病院、入所中の施設の医師(非常勤含む) <input type="checkbox"/> それ以外の医師		

※意見書作成医師欄は申請者が記入して下さい。医師が記入する必要はありません。前回受診後暫く経過している場合は受診して下さい。

申 請 者	氏名	本人との関係	※ケアマネジャーの場合は施設・事業所名を記入
	住所	〒 電話 ( )	
	事業者による代行の場合	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> その他( )	

介護サービス計画の作成、総合相談支援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、本申請書に記載された内容、介護保険認定状況、介護認定審査会による判定結果・意見、要介護・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書、中野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者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、中野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、家族、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(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。  
同意しない場合は□に✓をしてください。 同意しない□

医療保険者名	医療被保険者記号番号	資格取得日	個人番号	受付印
区記入欄	区交付者	保険証押印	申請入力	審査予定日 / 意見書発送日 / 調査票発送日 /
0 0 0				

区セ