

記入例

要支援認定 申請書

表面

※詳しい注意点は別紙表面をご覧ください

*申請日は区が受理した日となります。

(該当するものに☑する)

受付印欄	次のおり申請します。	年	月	日	1	申請区分	新規	更新	介護	変更	転入
							<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

申請(代行)者	フリガナ氏名	該当に○(本人・配偶者・子・親族・民生委員・市町村職員・その他・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)(担当者名)									
	住所	キタク タロウ 北区 太郎									
	住所	〒 114-8508 北区王子本町1-15-22									
	電話番号	03 (3908) 1120									

被保険者(本人)	被保険者番号	0	0	0	1	2	3	4	5	6	7	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
	フリガナ氏名	キタク ハナコ										明治・大正・昭和 10年4月10日生												
	住所	北区 花子										(男・女) 89歳												
	住所	〒 114-8508 北区王子本町1-15-22										電話番号 03 (3908) 1120												

現在の認定	要介護度区分	要支援 1・2	要介護 1・2・3・4・5	現在の住所	該当するものに☑
	有効期間	令和5年4月1日から令和6年3月31日			☑ 自宅
	※14日以内に他の自治体から転入した時に記入	転出元自治体(区市町村)名 []			<input type="checkbox"/> 家族宅
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか			<input type="checkbox"/> 病院
		「はい」の場合、申請日 年 月 日			<input type="checkbox"/> 施設
		□はい □いいえ			<input type="checkbox"/> その他

変更申請の理由	□前回認定時より著しく悪化 □前回認定時より著しく改善 (※どちらかに☑する)
	具体的に ()

過去6ヶ月間の介護保険施設、医療機関等入院、入所の有無	入院・入所施設名	北区病院	期間	令和6年2月1日 ~ 令和6年2月20日
	所在地	北区王子本町1-4-11		
	入院・入所施設名		期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	所在地			

主治医	医療機関名	北区病院	主治医氏名	赤羽 次郎 (診療科目) 内科
	所在地	〒 114-8508 北区王子本町1-4-11	電話番号	03 (3908) 1111

※医療保険の被保険者証を提示、または写しを添付(40歳から64歳の医療保険加入者は添付必須)

医療保険者名	9	医療保険被保険者証記号番号	医療保険被保険者証校番
特定疾病名			
※40歳から64歳の医療保険加入者のみ記入			

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正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北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、主治医意見書を作成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。

上記同意します。 10 (本人氏名) 北区 花子 (代筆者氏名) 北区 太郎 関係 (長男)

※以下は記入不要です。

区処理欄					提示	添付	なし	申請種別				
受付	入力	点検	資格	区一医	記載なし	記載あり		忘れ				
					不明	代理権確認	身元確認	拒否	登記 委任状 被保証 なし	個人 運転 居宅 なし	担当者印	
					その他	番号確認	年金 医療証	その他	番号確認	個人 通知 住民票 なし	その他	補記
					()	その他	()	()	()	()	()	()

認定調査連絡票

裏面

記入例

※詳しい注意点は別紙裏面をご覧ください

更新



介護



変更



①

※各設問の該当する項目に☑のうえ、必要事項を記入してください。

受付印欄

②

被保険者番号	0001234567	フリガナ	キタク ハナコ
		被保険者氏名	北区 花子
訪問 調査先	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 ③	住所 電話	〒 114-8508 北区王子本町1-15-22 (電話番号) 03 - 3908 - 1120
	④	施設名 病院名	北区病院 入院病棟: 東 病棟 3 階 303 号室
	<input checked="" type="checkbox"/> 施設 病院等 (短期入所は 除く)	住所 電話	〒 114-8508 北区王子本町1-4-11 (電話番号) 03 - 3908 - 1111
	⑥	入院・入所日 ⑤	令和6 年 2 月 1 日頃 (例) ○月○日△△△の手術をし入院中。転倒し△△△を骨折 など
	⑦	入院中の方は 現在の心身の状況に ついて(病名等)具体的に記入	2月1日自宅で転倒し、大腿骨骨折し入院。2月14日手術を受けた。
		退院・転院・退所	令和6 年 3 月 1 日頃 □退院 <input checked="" type="checkbox"/> 転院 □退所 予定あり
		<input type="checkbox"/> 予定なし <input checked="" type="checkbox"/> 予定あり	転院等の予定先をご記入ください。 北区リハビリテーション病院
調査時 立会	<input type="checkbox"/> 立会 なし	フリガナ	キタク タロウ
	<input checked="" type="checkbox"/> 立会 あり ⑧	氏名	北区 太郎 本人との 続柄 長男
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 施設・病院職員 <input type="checkbox"/> ケアマネジャー <input type="checkbox"/> サービス提供責任者 <input type="checkbox"/> その他	電話	⑨ 090-1234-5678 ※平日の日中に連絡の取れる連絡先
調査日	⑨ 火曜、木曜デイサービス利用。 【原則として平日の日中(9:00~17:00)に実施します】 ※立会人含め、ご都合の悪い日・曜日、時間帯がある場合はご記入ください。		
連絡 事項	⑩ 調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入してください。 ・認知症があるので、調査後立会人に聞き取りを必ずしてください。 ・夫と同時申請しているので、同じ日に調査をしてください。		
支援 事業者	この欄は更新申請の場合のみ担当ケアマネジャー等、支援事業者の方にご確認のうえご記入ください。 新規・介護・変更申請の場合、もしくは担当ケアマネジャーがいない場合は、未記入でご提出ください。 (介護支援事業所名) 居宅介護支援事業所 ○○ (電話番号) 03 - 3908 - 1111 ⑪ 被保険者の認定調査を受託(できる ・ できない)		