

# 介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

杉並区長 宛  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

|                                      |                        |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  |               |  |         |  |  |
|--------------------------------------|------------------------|---------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|-----------------|--------------|--|---------------|--|---------|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者<br>（<br>本<br>人<br>） | 被保険者番号                 |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 申請事由 |                 | 新規 ・ 更新 ・ 変更 |  |               |  |         |  |  |
|                                      | フリガナ                   |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日（ ）歳 |              |  |               |  |         |  |  |
|                                      | 氏 名                    |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 性 別  | 男 ・ 女           |              |  |               |  |         |  |  |
|                                      | 住 民 票<br>住 所           | 〒                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  | 電話番号（ ）       |  |         |  |  |
|                                      | 現在の居住地<br>(上記と違う場合のみ)  | 〒                         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  | 電話番号（ ）       |  |         |  |  |
|                                      | 現在の要介護<br>状態区分等        | 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 令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  |               |  |         |  |  |
|                                      | 変更申請の理由<br>(変更の場合のみ)   |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  |               |  |         |  |  |
|                                      | 現在の入院・入所先<br>(短期入所を除く) | 入院・入所<br>施 設 名            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  |               |  | 電話番号（ ） |  |  |
| 所在地 〒                                |                        |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  |               |  |         |  |  |
| 期間（予定） 平成・令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日        |                        |                           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |                 |              |  |               |  |         |  |  |

|          |                         |                                                                      |
|----------|-------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| 申請者(代行者) | フリガナ                    |                                                                      |
|          | 氏 名                     | 該当に○(本人・家族・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・指定介護療養型医療施設) |
|          | 住 所<br>(上記住民票住所と違う場合のみ) | 〒<br><br>電話番号 ( )                                                    |

現在、定期的に診ていただいている医師名を書いてください。

|     |              |                             |               |                  |
|-----|--------------|-----------------------------|---------------|------------------|
| 主治医 | 医療機関名        |                             | 診療科目<br>主治医氏名 |                  |
|     |              |                             | 最終受診年月        | 令和      年      月 |
|     | 医療機関<br>の所在地 | 〒<br><br>電話番号      (      ) |               |                  |

|           |    |  |         |  |    |  |
|-----------|----|--|---------|--|----|--|
| 医療保険者名    |    |  | 医療保険者番号 |  |    |  |
| 医療保険被保険者等 | 記号 |  | 番号      |  | 枝番 |  |

## 2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 |  |
|-----------|--|

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、介護認定審査会による判定結果を、杉並区から指定居宅介護支援事業者、介護保険施設の職員、管轄の地域包括支援センター、主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

|      |  |
|------|--|
| 本人署名 |  |
|------|--|

|      |     |     |
|------|-----|-----|
| 区記入欄 | 受付者 | 入 力 |
|      |     |     |

[illegible]

被保険者氏名 \_\_\_\_\_ 様 ☒をいれてください

認定申請書に添付して提出してください

1. 訪問調査先 ☐自宅 ☐病院・施設（名称 \_\_\_\_\_）を希望  
2. 調査日を決めるための日中の連絡先をお二人までご記入ください(①から順にご連絡します)

フリガナ  
①氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ (自・携・勤)

フリガナ  
②氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_ 電話 \_\_\_\_\_ (自・携・勤)

3. 調査当日の立会い者

☐ 立会いあり → ☐家族 ☐担当ケアマネ ☐施設・病院職員

※立会い者が上記2の方と異なる場合のみ → 氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

☐ 立会いなし

4. 調査に伺う際の留意事項やご都合の悪い曜日はありますか

☐ あり →

☐ なし