

【認定の申請にあたって】

※申請書は、すべて、ご本人様または申請される方がご記入ください。

(主治医欄についても、主治医に記載してもらう必要はありません。)

※申請されてから認定の結果を通知するまでに1か月以上かかる場合があります。

《更新申請の方へ》

介護サービスを引き続きご利用される場合、必ず認定有効期間内に手続きをしてください。

結果の通知までに日数を要するため、有効期間満了の1か月前までには手続きを済ませていただくことをお勧めします。

更新をされない方は、お手数ですが、介護保険課介護認定係までご連絡ください。

記入例 (表面)

被保険者番号		0 0 0 0 × × × × × ×	個人番号	12桁のマイナンバー
申請年月日		令和〇年〇月〇日		
医療保険	保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合		
	被保険者証	記号	番号	3 9 1 3 2 0 6 3 1 2 3 4 5 × × ×
フリガナ	フチュウ タロウ			
氏名	府中 太郎			
住所	〒183-8703 府中市宮西町2-××			
生年月日	明・大昭12年3月×日			
性別	男・女			
電話番号	042(364)××××			
要介護状態区分	1 ②	要介護状態区分	1 2 3 4 5	
有効期間	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日			
前回の要介護認定の結果等	※14日以内 に他自治体 から転入し た者のみ記 入			

・個人番号（マイナンバー）
・医療保険（後期高齢者医療保険や健康保険）の各欄については、記入がない場合でも受付ができます。

前回の認定結果をご記入ください。
新規申請の方は記入不要です。

本人以外のご家族様や、提出代行者に該当しない事業者等が提出する場合、ご記入ください。

※申請者欄は本人以外が提出する場合に記入してください。

フリガナ	フチュウ ハナコ		本人との続柄	長女
氏名	府中 花子		住所(所在地)	〒183-8703 府中市宮西町2-××
提出代行者欄	名称	所在地	電話番号	
<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"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院				

提出代行者（左の欄に該当する事業者）のみ、ご記入ください。（押印不要）

本人の居場所	1~3に○印を付けてください	① 住所地	2 病院・施設	3 その他（家族宅等）
病院名・施設名	電話番号	退院・退所	年月日	年

必ずいずれかに○をつけて下さい。
※入院・入所中の場合は、施設名、部屋番号、所在地等の欄もご記入ください。

介護の原因となった疾病や全身状態についてご存知の主治医をご記入ください。（定期通院先等）
※長期間ご受診の無い方は、申請前に医療機関へご相談をお願いします。
※複数の医療機関を受診中の方は、主治医を1名お選びください。
申請書受理後、市から主治医に意見書の作成を依頼します。

主治医	医療機関名	△△クリニック		
	所在地	〒183-8703 府中市宮西町2-△△		
	主治医氏名(1名のみ記入)	最終受診日	令和〇年〇月〇日	
	診療科目	並木 一郎	次回受診予定日	令和〇年〇月〇日

40歳から64歳の方はご記入のうえ、必ず医療保険証（健康保険証）の写しも添付してください。

特定疾病名	
-------	--

ケアプラン作成等のため、ケアマネジャーや主治医より、調査票、主治医意見書、および判定結果の開示の申し出があった場合、開示をしても差し支えなければ、ご署名をお願いします。

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営に 認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果 センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業 載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示す	被保険者本人氏名	府中 太郎	代筆者氏名	府中 花子 (長女)
---	----------	-------	-------	------------

裏面も必ずご記入ください

記入例（裏面）

要介護・要支援認定調査に伴う連絡事項

次の事項について、該当する部分に○印又は具体的にご記入ください。

* 申請理由（複数回答可）

1 介護又は支援が必要なため **2 更新のため** 3 主治医の勧め 4 住宅改修 5 その他

* ご本人様の状況（差し支えのない範囲で構いません）

・診断名【 **右大腿骨骨折**】

・身体面、認知面の状況をご記入ください。（例 杖歩行 車いす）

* 認定調査時の同席者について

～調査に際して、できる限り日頃の様子をご存知のご家族など～

1 いない

2 いる

申請者

申請者と異なる方

※調査員が調査日の調整をするために使

フリガナ

氏 名

住 所

連絡先 【第一希望】 自宅 **携帯** その他 **080** (**1234**) □□□□
【第二希望】 **自宅** 携帯・その他 **042** (**364**) ××××

※同席予定者以外の方と調査日の調整を希望される場合は、氏名等をご記入ください。

(氏名) (続柄) (☎)

* その他の連絡先

～本人や申請者に連絡がつかない場合に使用させていただきます。～

フリガナ

氏 名

(本人との続柄)

住 所

連絡先 自宅・携帯・その他

該当する方がいなければ、記入不要です。

* 調査員に事前に知らせておきたいこと

～申請後、おおむね1か月以内に予定している外出（デイサービスや通院日など）の日程や調査時に配慮してほしいことなど、事前に調査員に伝えておきたいことがあればご記入ください。～

※ショートステイ・入退院の予定がある場合は、必ずご記入ください。

毎週月曜 デイサービス

○月×日 通院

新型コロナウイルス感染症拡大防止のため、主に施設ご入所中の場合等で、認定調査時に特別な対応が必要な場合はこちらにご記入ください。

以下記入不要（事務処理用確認欄）

備考欄

この欄には、記入しないでください。

受付

□被保険者証押印処理

— 問合せ先 —

府中市福祉保健部介護保険課介護認定係

☎042-335-4309（直通）