

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

品川区長 へ  
次のとおり申請します。

[転入用]

		個人番号											
被 保 険 者	被保険者番号									申請年月日			
	フリガナ									生年月日			
	氏名									性別			
	住所	〒											
	前回の要介護認定結果等	要介護認定区分		要支援・要介護 1 2 3 4 5									
	有効期間		～										
	転出元自治体(市町村)名												
	現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください)												
	はい・いいえ 「はい」の場合、申請年月日 年 月 日												

申請者氏名			本人との関係	
提出代行者	該当に○ (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)			
申請者住所	〒		電話番号	

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入。「健康保険被保険者証」の写しを添付

医療保険者名		医療保険被保険者証記号番号	
特定疾病名			

要介護認定の申請にあたり、以下のことに同意します。

- ①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、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品川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、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供すること。
- ②認定調査のため、この申請書及び認定調査事前確認書の写しを認定調査員に提供すること。

被保険者氏名(※必須) 代筆者氏名 関係( )

関連手続(下記の①～③のいずれかにも○をお付けください)		区 処 理 欄	收受欄	受付者
前住所地で、介護保険負担限度額認定を受けていましたか。 (施設利用のための介護保険負担限度額認定証をお持ちでしたか。)				受付
① はい ② いいえ ③ 受けていないが申請予定				窓口 郵送
※①または③の方は手続きが必要ですので、高齢者福祉課介護給付係 (直通 03-5742-6927 または内線 3524～7) へご連絡ください。				