

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

《 新規・更新・区分変更・要支援者(要介護者)の新規 》

江戸川区長 殿

次のとおり申請します。

記入年月日 令和 年 月 日

受付者

受付印

被 保 者	被保険者番号											個人番号												
	フリガナ											性別	男・女											
	氏名											生年月日	明治 昭和 大正	年 月 日										
	住所・電話	江戸川区										電話												
	現在いる場所 ※認定調査を行う場所	該当に○⇒《自宅・施設・病院・その他》自宅以外は住所等を記入 名称: 住所: 電話:										1か月以内の 退院退所予定					該当に○ 《ある・ない》 ↓ 月 日							
	現在の認定	要支援 1・2 有効期間 年 月 日 ~					要介護 1・2・3・4・5 年 月 日																	
	区分見直しの理由	(区分変更・要支援者(要介護者)の新規の方) 状態が著しく <input type="checkbox"/> 良くなっている ・ <input type="checkbox"/> 悪くなっている																						
	主 治 医	フリガナ											最近の 受診日	年 月 日										
		氏名											【診療科目: 科】	受診の 頻度等	月・週 ____回程度 ※ 次回受診予定 月 日									
		病院名																						
住所・電話												電話												
医療保険情報は公簿等により確認できますので、省略することができます。※40歳～64歳の方は記入が必要です。																								
医 療 保 険	保険者名称											保険者番号												
	記号											番号	枝番											
	特定疾病名	*40歳～64歳の方のみ、ご記入ください。( )																						
申 請 者	氏名											本人との関係	本人・家族(続柄 / )・その他( )											
	住所・電話											電話(昼間の連絡先)												
代 行 者	名称	該当に○ 熟年相談室(地域包括支援センター)・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設 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 )																						
	住所・電話											電話												
調 査 連 絡 先	フリガナ											本人との関係	本人・家族(続柄 / )・その他( )											
	氏名																							
	住所・電話											電話(昼間の連絡先)												
<p>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、主治医意見書、江戸川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、江戸川区から熟年相談室(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予防サービス事業者の関係者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る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。</p>																								
本人(被保険者)氏名															代筆者									

受付者メモ	提示同意	マイナンバー未記入の方への利用同意	医療保険公簿確認	被保険証受領	資格者証交付	申請入力	主治医入力	調査員入力
	無			有・無				

# 必要書類

- 窓口にて、下記の必要書類の**原本**をご提示ください。窓口は同封の窓口一覧をご参照ください。
- 郵送の場合は写しを添付してください。(但し、介護保険被保険者証は**原本**を添付)

## ① 介護保険被保険者証の**原本**

原則、お持ちの介護保険被保険者証は申請時に回収させていただきます。申請受理後、「介護保険資格者証」が届きます。介護保険被保険者証の代わりとしてご使用ください。また、本人以外からの申請の場合は介護保険被保険者証を④の代理権確認書類としてもご使用いただけます。

## ② 被保険者本人の個人番号 (マイナンバー)確認書類

**注意!**

申請書の個人番号欄に記載いただいた場合、正しい番号であることを確認するため**確認書類**を提示(郵送の場合は写しを添付)してください。確認書類をご用意できない場合は、申請書の個人番号欄を**空白のままご提出ください**。区役所にて確認させていただきます。

例(個人番号の確認書類)

- 個人番号カード (マイナンバーカード)
- 通知カード
- 個人番号の記載された住民票

## ③ 申請者

の本人確認書類

被保険者本人  
又は  
代理人

例・写真付きなら1点

- 個人番号カード (マイナンバーカード)
  - ※通知カードは**本人確認書類としては使用できません**
  - 運転免許証
  - 身体障害者手帳
  - 介護支援専門員証
- 例・写真無しなら2点
- 介護保険被保険者証
  - 医療保険資格確認書
  - 医療機関の診察券 (※氏名及び生年月日または住所が記載されたもの)
  - 年金手帳 (基礎年金番号通知書)

申請者が**本人以外**の場合①②③に加えて

## ④ 代理権確認書類

※委任状 又は

被保険者本人の公的機関から発行された本人確認書類等

例(代理権の確認書類)

- 委任状
- 介護保険被保険者証
- 医療保険資格確認書
- 介護保険負担限度額認定証
- 介護保険負担割合証

**注意!**

法定代理人の方 (成年後見人・保佐人・補助人等) は**登記事項証明書 (発行から6カ月以内)**をご用意ください。

例(添付書類及び確認書類) 本人が申請  
①③介護保険被保険者証と医療保険資格確認書  
②通知カード 計3点

例(添付書類及び確認書類) 本人以外が申請  
①④介護保険被保険者証 ②通知カード  
③運転免許証 計3点

受付窓口確認欄 ( ○をつけてください )			
本人の個人番号(1つ)	申請者(本人・代理人)の本人確認書類		代理権(1つ)
・個人番号カード	1つでよいもの	2つ必要なもの	・委任状
・通知カード	・個人番号カード	・介護保険被保険者証	・介護保険被保険者証
・個人番号の記載された住民票	・運転免許証	・負担割合証	・負担割合証
・その他	・身体障害者手帳	・医療保険資格確認書	・その他
( )	・介護支援専門員証	・診察券	( )
・なし	・その他	・その他	※医療保険者保険番号を資格確認書にて確認
( )	( )	( )	有 ・ 無