

受付		入力	確認
恵 原 あ 笹 せ か 本 豊 富 千 区	/		

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
要介護更新認定・要支援更新認定

渋谷区長 殿

次のとおり申請します。

申請年月日	年 月 日
-------	-------

被 保 険 者  (サ ー ビ ス を 受 け る 人)	被保険者番号										個人番号										
	医 療 保 険	保険者名										保険者番号									
		被保険者 記号・番号					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日										
	氏 名										年 月 日										
											性別										男 ・ 女
	住 所										電話番号										
	前回の要介護 認定の結果等 (新規申請の場合は記 入不要)										要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					
	現在いる場所 (短期入所を 除く) ※認定調査を行 う場所										有効期間 年 月 日 から 年 月 日										
											該当に○⇒＜自宅・施設・病院・その他＞上記住所と違う場合は、住所等を記入 ※入院は病室番号も記入 階 号室										
名 称											住 所					電話番号					

申請者氏名		本人との 関 係	
提出代行者 名称 (代行の 場合のみ記入)	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・介護医療院)		
申請者又は 提出代行者 の住所	〒 電話番号		

主 治 医  (か か り つ け の 医 師)	主治医の氏名					直近の受診日					年 月 日				
	医療機関名					診療科									
	所 在 地					〒					電話番号				

第二号被保険者 (40歳から64歳の医療保険加入者) のみ記入

特定疾病名	
-------	--

認 定 調 査 日 程 等 連 絡 先 (ご 本 人 様 以 外 の 場 合 に ご 記 入 下 さ い)	フリガナ					本人との 続柄				
	氏 名									
	日中連絡先 電話番号					立会いの希望の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 立会者氏名 _____ 本人との関係 _____				

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、渋谷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人が取得した心身の状況等の情報を、渋谷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、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介護予防サービス事業者の関係人、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 同意しません

見本

受付	人力	確認
恵ひ原あ笹せ か本豊富千区	/	

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

渋谷区長 殿 要介護更新認定・要支援更新認定

次のとおり申請します。

申請年月日		年			月			日																			
被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号			1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	
被保険者 (サービスを受ける人)	医療保険	医療保険加入の情報を記入してください。 ※ <b>第二号被保険者は必ず記載してください。</b> 詳細は、別紙「 <b>第二号被保険者(40歳から60歳までの方)</b> へのご案内」をご確認ください。																									
	フリガナ	シバヤ タロウ										生年月日	XX年 XX月 XX日														
	氏名	渋谷 太郎										性別	男・女														
	住所	〒 150-8010 渋谷区宇田川町1-1										電話番号	03-1234-5678														
	前回の要介護認定の結果等(新規申請の場合は記入不要)	要介護状態区分 1 2 3 <b>4</b> 5										要支援状態区分 1 2															
	現在いる場所(短期入所を除く) ※ 認定調査を行う場所	有効期間										XX年 XX月 XX日 から XX年 XX月 XX日															
名称	該当に○→ <input checked="" type="checkbox"/> 自宅・ <input checked="" type="checkbox"/> 施設・病院・その他(上記住所と違う場合は住所等を記入 ※入院は病室番号も記入 階 号室)																										
住所等	認定調査にうかがいます。実施場所等を記入してください。(短期間の滞在場所では調査はできません)																										

申請者氏名	渋谷 花子										本人との関係	妻														
提出代行者名称 (代行の場合のみ記入)	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・介護医療院) 提出代行者(ケアマネージャー等)が申請を代行する場合は、記入してください。																									
申請者又は提出代行者の住所	ご本人と異なるときは、申請者の住所等を記入してください。																									

主治医 (かかりつけの医師)	主治医の欄に記載して頂いた医師に、主治医意見書の記入を依頼します。 <b>必ず記入してください。</b> (概ね3か月以内に受診した医療機関の主治医)																						
所在地																電話番号							

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名	第二号被保険者のみ。申請の要因となった介護保険の特定疾病名称を記載してください。																						
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

認定調査日程等	フリガナ											本人との関係												
連絡先 (ご本人様以外の場合にご記入ください。)	認定調査の日程の調整を本人以外にする場合には、必ず記入してください。 また、立会いの有無も記入をお願いします。																							
本人との関係																								

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、渋谷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人が取得した心身の状況等の情報を、渋谷区から地域密着型サービス事業者、介護保険施設、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(介護サービス計画の作成等に直接関係する者を含む。) 内容を確認のうえ、**チェックをしてください。**

□同意します □同意しません

## 第二号被保険者（40歳から64歳までの方）へのご案内

第二号被保険者の方が介護認定等の申請をする場合、医療保険の加入の確認が必要です。マイナンバーカードの健康保険証利用（マイナ保険証）、または医療保険者が発行する資格確認証により確認を行っています。

### マイナ保険証で確認

#### ・被保険者本人による申請

次のいずれかをご用意ください。

- ・マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」
- ・スマートフォン等でマイナポータルにアクセスして表示する「医療保険の被保険者資格情報」画面

### 資格確認証で確認

医療保険者の発行する「資格確認書」を提示してください。

※「資格確認書」の発行は、ご自身が加入している医療保険者にお問い合わせください。

### 代理人申請・郵送等の場合

医療保険者の発行する「資格確認書」の写しをご提出ください。

「資格確認証」をお持ちでないときは、申請書の医療保険の欄をもれなく記載し、マイナポータルからダウンロードした「医療保険の資格情報画面」のプリントアウトをご提出ください。

### 共通事項

介護保険の申請をされる方が、医療保険の被保険者本人ではない（被扶養者）のときは、被保険者の氏名と医療保険資格取得日についてもお知らせください。