第６号様式（第１１条関係）

# 記入例

※詳しい注意点は別紙表面をご覧ください

## 護認定　申請書（新規・更新・変更）

表面

＊申請日は区が受理した日となります。

受付印欄

次のとおり申請します。　　年　　月　　日記入

①

（該当するものに☑する）

| 申請区分 | 新規 | 更新 | 介護 | 変更 | 転入 |
|---|---|---|---|---|---|
| | ☐ | ☑ | ☐ | ☐ | ☐ |

②

| 申請（代行）者 | | |
|---|---|---|
| | | 該当に○（本人・配偶者・(子)・親族・民生委員・市町村職員・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・介護医療院）（担当者名） |
| | フリガナ<br>氏　名 | キタク　タロウ<br>北区　太郎 |
| | 住　所 | 〒　114-0022　　電話番号　03（3908）1120<br>北区王子本町1-15-22 |

③

| 被保険者（本人） | 被保険者番号 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 被保険者（本人） | | | |
|---|---|---|---|
| | フリガナ | キタク　ハナコ | 昭和　１０年　４月　１０日生 |
| | 氏　名 | 北区　花子 | （男・(女)）　89 歳 |
| | 住　所 | 〒　114-0022<br>北区王子本町1-15-22 | 電話番号　03（3908）1120 |

④ ⑤

| 現在の認定 | | | 現在の居所 |
|---|---|---|---|
| | 要介護度区分 | 要支援　１・(２)　　要介護　１・２・３・４・５ | 該当するものに☑ |
| | 有効期間 | 年　　月　　日 から　　年　　月　　日まで | ☑ 自　宅<br>☐ 家族宅<br>☐ 病　院<br>☐ 施設<br>☐ その他 |
| | ※14日以内に他の自治体から転入した場合は記入 | 転出元自治体（区市町村）名　〔　　　〕<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか　☐はい　☐いいえ<br>「はい」の場合、申請日　　年　　月　　日 | |

⑥

| 変更申請の場合、その理由 | ☐前回認定時より著しく悪化　☐前回認定時より著しく改善　（※どちらかに☑する）<br>具体的に（　　　） |
|---|---|

⑦

| 過去6ヶ月間に介護保険施設、医療機関等への入院、入所した場合に記入 | | | |
|---|---|---|---|
| | 入院・入所施設名 | 北区病院 | 期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| | 所在地 | 北区王子本町1-4-11 | |
| | 入院・入所施設名 | | 期間　　年　　月　　日から　　年　　月　　日まで |
| | 所在地 | | |

⑧

| 主治医 | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | 医療機関名 | 北区病院 | 主治医氏名 | 赤羽　次郎 | （診療科目）内科 |
| | 所在地 | 〒　114-0022<br>北区王子本町1-4-11 | 電話番号 | 03（3908）1111 | |

※医療保険加入者であることを確認できるものを提示又はその写しを添付（４０歳から６４歳までの医療保険加入者は添付必須）

⑨

| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者記号番号 | | 医療保険被保険者枝番 | |
|---|---|---|---|---|---|
| 特定疾病名<br>※４０歳から６４歳までの医療保険加入者のみ記入 | | | | | |

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適正な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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北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、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

⑩（本人氏名）　北区　花子　　（代筆者氏名）　北区　太郎　　関係（　長男　）

※以下は記入不要です。

| 区処理欄 | | | | | 提示　　添付　　なし |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | 記載なし：忘れ　不明　拒否　その他〔　〕 |
| | | | | | 記載あり：代理権確認　登記　委任状　被保証　なし　その他〔　〕／番号確認　個人　通知　住民票　なし　その他〔　〕 |
| | | | | | 身元確認　個人　運転　居宅　なし　２点〔被保証　割合証　年金　医療証　その他〔　〕〕 |
| 受付 | 入力 | 点検 | 資格 | 区→医 | 申請種別　窓　郵　担当者印　補記 |
| | | | | | |

# 認定調査連絡票

**記入例**
※詳しい注意点は別紙裏面をご覧ください

受付印欄

裏面

| 更新 | 介護 | 変更 | ① |
|---|---|---|---|
| ☑ | ☐ | ☐ | |

※各設問の該当する項目に☑のうえ、必要事項を記入してください。

②

| 被保険者番号 | 0001234567 | フリガナ | キタク　ハナコ |
|---|---|---|---|
| | | 被保険者氏名 | 北区　花子 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 訪問調査先 | ☑ 自宅 ③ | 住所 電話 | 〒 114-0022 北区王子本町1-15-22 （電話番号） 03 ― 3908 ― 1120 |
| | ☑施設 病院等 （短期入所は除く） ④ | 施設名 病院名 | 北区病院 入院病棟： 東 病棟 3 階 303 号室 |
| | | 住所 電話 | 〒 114-0022 北区王子本町1-4-11 （電話番号） 03 ― 3908 ― 1111 |
| | | 入院・入所日 ⑤ | 令和 6 年 12 月 1 日頃 |
| | ⑥ | 入院中の方は現在の心身の状況について（病名等）具体的に記入 | (例) 〇月〇日△△△の手術をし入院中。 転倒し△△△を骨折 など 12月1日自宅で転倒し、大腿骨骨折し入院。12月10日手術を受けた。 |
| | ⑦ | 退院・転院・退所 ☐ 予定なし ☑ 予定あり | 令和 7 年 1 月 15 日頃 ☐退院 ☑転院 ☐退所 予定あり 転院等の予定先をご記入ください。 北区リハビリテーション病院 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 調査時立会 | ☐ 立会 なし ☑ 立会 あり ⑧ ☑ 家族 ☐ 施設・病院職員 ☐ ケアマネジャー ☐ サービス提供責任者 ☐ その他 | フリガナ | キタク　タロウ | 本人との続柄 | 長男 |
| | | 氏 名 | 北区　太郎 | | |
| | | | 原則は介護者が立会をしてください。ただし介護者の了承のうえケアマネジャー、サービス提供責任者の立会も可能です。 | | |
| | | 電話 | ☐自宅 ☑携帯 ☐勤務先 ※平日の日中に連絡の取れる連絡先 090-1234-5678 | | |

| | |
|---|---|
| 調査日 | 【原則として平日の日中（9：00～17：00）に実施します】 ※立会人含め、ご都合の悪い日・曜日、時間帯がある場合はご記入ください。 ⑨ 火曜、木曜デイサービス利用。 |
| 連絡事項 | 調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入してください。 ⑩ ・認知症があるので、調査後立会人に聞き取りを必ずしてください。 ・夫と同時申請しているので、同じ日に調査をしてください。 |
| 支援事業者 ⑪ | この欄は更新申請の場合のみ担当ケアマネジャー等、支援事業者の方にご確認のうえご記入ください。 新規・介護・変更申請の場合、もしくは担当ケアマネジャーがいない場合は、未記入でご提出ください。 （介護支援事業所名） 居宅介護支援事業所 〇〇 （電話番号） 03 － 3908 － 1111 被保険者の認定調査を受託（ できる ・ できない ） |