

第6号様式（第16条関係）

介護保険

☐要介護認定・要支援認定  
☐要介護更新認定・要支援更新認定  
☐要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

（宛先）港区長  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                                                                                                                     |              |                               |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------------------|---------------------------|----|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者                                                                                                    | 介護保険被保険者番号   |                               |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    | 個人番号  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     | 医療<br>保<br>険 | 保 険 者 名                       |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    | 保険者番号 |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              | 被 保 険 者                       |                           | 記号 |  |  |                                                                                                                    | 番号 |       |  |  | 枝番      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     | フリガナ         |                               |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  | 性 別     |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     | 氏 名          |                               |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  | 生 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     | 住 所          |                               | 〒                         |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              |                               | 電話番号                      |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     | 前回（現在）の認定区分  |                               | 要介護 1 2 3 4 5 要支援 1 2 非該当 |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              |                               | 有効期間 年 月 日 から 年 月 日 まで    |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              |                               | ※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入    |    |  |  | 転出元自治体（区市町村）名【<br>現在、転出元自治体で要介護認定・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ<br>（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）<br>「はい」の場合、申請日 年 月 日 |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 変更申請の理由<br>（区分変更申請のみ記入）                                                                                             |              |                               |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 現在本人のいる場所<br><input type="checkbox"/> 介護保険施設<br><input type="checkbox"/> 上記以外の病院・施設<br><input type="checkbox"/> その他 |              | 施設名等                          |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              | 所在地 【 病棟 階】 【退院予定日 年 月 日頃・未定】 |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              | 〒                             |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                     |              | 電話番号                          |                           |    |  |  |                                                                                                                    |    |       |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |

認定調査の日程調整等に係る連絡先が本人以外の時は記入してください。 ※平日の日中に連絡が取れる連絡先を記載してください

|             |     |  |      |  |       |  |  |  |
|-------------|-----|--|------|--|-------|--|--|--|
| 連<br>絡<br>先 | 氏 名 |  |      |  | 電話番号1 |  |  |  |
|             |     |  | (続柄) |  | 電話番号2 |  |  |  |
|             | 〒   |  |      |  |       |  |  |  |
| 住 所         |     |  |      |  |       |  |  |  |

|                       |     |                                       |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|---------------------------------------|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>者 | 名 称 | 該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・介護保険施設・その他） |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒                                     |  |  |  |  |  |
|                       |     | 電話番号                                  |  |  |  |  |  |

|             |        |      |  |       |  |  |        |
|-------------|--------|------|--|-------|--|--|--------|
| 主<br>治<br>医 | フリガナ   |      |  | 医療機関名 |  |  | 直近の受診日 |
|             | 主治医の氏名 |      |  | 診療科名  |  |  | 年 月 日  |
|             | 所 在 地  | 〒    |  |       |  |  |        |
|             |        | 電話番号 |  |       |  |  |        |

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入 ※医療保険資格確認書等の写しを添付してください。

|       |  |
|-------|--|
| 特定疾病名 |  |
|-------|--|

|                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 本<br>人<br>同<br>意<br>欄 | 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、港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、港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。 |  |
|                       | 本人氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |

|             |         |      |       |       |       |     |     |             |
|-------------|---------|------|-------|-------|-------|-----|-----|-------------|
| 処<br>理<br>欄 | 訪 問 調 査 | 委託先  |       |       | Tel   |     |     | 収<br>受<br>印 |
|             |         | 提出期限 | ／     |       | 委託料   |     |     |             |
|             | 主治医意見書  | 費用区分 | 在宅・施設 | 新規・継続 | 証 回 収 | 確 認 | 入 力 |             |
|             |         |      |       |       |       |     |     |             |