

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 保 険 者	介護保険被保険者番号				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		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【 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 （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」の場合、申請日 年 月 日											
	変更申請の理由 （区分変更申請のみ記入）															
現在本人のいる場所 <input type="checkbox"/> 介護保険施設 <input type="checkbox"/> 上記以外の病院・施設 <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 絡 先	氏 名 _____（続柄 _____）		電話番号1 _____	
	住 所 _____		電話番号2 _____	

提 出 代 行 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 治 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の写しを添付してください。

特定疾病名			
-------	--	--	--

本 人 同 意 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 理 欄	訪 問 調 査	委託先			Tel			収 受 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	