第 10 号様式（第 69 条関係）

介護保険

介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
申請書

新宿区長　宛て

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
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）	該当に〇（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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）	指定事業者コード	
申請者又は 提出代行者の住所	※〒	電話番号	※（　　）

※申請者が本人の場合申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日		
	氏　名		性　別		
	住　所 （住民票）	〒　　電話番号			
	現在いる所 （調査場所）	〒　　電話番号			
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　　要支援状態区分　1　2		
			有効期限　　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、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　はい ・ いいえ		
	現在 病院入院中・ 施設入所中 （短期入所を除く）	有 ・ 無	現在の入院先病院名 又は入所先施設名		
			所　在　地	〒　　電話番号	
	医療保険 保険者名	□後期高齢　□国保　□その他（　　）		保険者番号	
	医療保険 被保険者記号・番号	記号	番号	枝番	被保険者名
					資格取得日　　年　月　日

主治医 （該当に〇） 有 ・ 無	主治医の氏名			
	医療機関名		診療科名	
	所 在 地	〒　　電話番号		
	介護保険事業において主治医意見書を作成した医師と連携を図るため、区が当該医師に介護認定審査会による判定結果・意見をお知らせすることに同意します。　同意しない場合は、□にレを記してください。　□同意しない			

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

特定疾病名	

本人の情報を提供することへの同意欄	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・要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を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又は認定調査に従事した調査員に、区が情報提供することに同意します。 同意しない場合は、□にレを記してください。　□同意しない

この欄は記入しないでください	番号確認	身元確認	代理権・身元確認	医療機関コード	調査員コード
	・個人番号ｶｰﾄﾞ ・通知カード ・その他（　　）	・個人番号ｶｰﾄﾞ ・運転免許証 ・健康保険証 ・その他（　　）	委任確認（　　） ・介護被保証 身元確認（　　） ・CM 証		

要介護・要支援認定申請に伴う連絡事項

必須書類

被保険者氏名		※必要事項を記入して、**申請書とともに提出してください。**(片面印刷)

申請の理由 (例:○○を利用するため、主治医から勧められたため、認定更新のため、状態悪化のため、転倒骨折したため 等)

1 認定調査日程等の連絡先(※記入必須)

(1) 氏名(フリガナ) (本人との続柄) ⇒1の方の立会い希望

(2) 日中、連絡できる電話番号(携帯電話等 ― ―)

□ 有 ・ □ 無

2 認定調査を行うとき 上記以外の方の立会い希望 □ 有 ・ □ 無

※ご本人様以外の場合にご記入下さい。

(1) 立会い希望者氏名(フリガナ) (本人との続柄)

(2) 日中、連絡できる電話番号(携帯電話等 ― ―)

(※通常は担当ケアマネジャーに立会いをお願いしないため、立会いを希望される場合は下記4に理由をご記入下さい。)

3 調査員から担当ケアマネジャーへご本人様の日頃の状態等の聞取りを希望しますか。⇒ □ 希望する

4 調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入ください。

(例:調査時ご本人様の前で伝えにくいこと、病名(がん末期、認知症等)、ケアマネジャー立会いの理由 等)

この欄に書ききれない場合は別紙等に記入して申請書に添付してください。

5-1 病院・介護施設等にいる方(5-2は記入不要)

(1)現在、入っている病院・施設に

____年____月____日 から 入院 ・ 入所 している。

病棟名〔 〕 病室番号〔 〕

(2)現在の心身の状況について、(病名・ケガなどを)具体的にご記入ください。

(例:○月○日、手術して入院中/転倒し、○○を骨折した 等)

病状は、□安定 ・ □不安定 (集中治療室に入院中等)

(3) **現在、入っている病院・施設から移る予定はありますか。(※記入必須)**

□ 3週間以上入院・入所している

□ 3週間以内に退院・退所になりそう

↳____年____月____日頃

□ 転院・施設入所予定あり

↳____年____月____日頃に_____へ

5-2 在宅の方(5-1は記入不要)

申請書に記入した主治医への受診状況(※記入必須)

(1)最近の受診日 ____年____月____日

(2)次回受診予定日 ____年____月____日

※最近2か月の間に受診をしていない場合は、お早めの受診にご協力をお願いします。

6 家族等、居所を同じくされている方で、今回、同時に認定申請される方

氏名 (続柄)

7 ケアマネジャーを決めている方、または、介護サービスを利用されている方

(1) 指定居宅介護支援事業所名

(2) 担当ケアマネジャー氏名

(3) 電話番号

( )

(備 考)受付者記入	受付

＜記入例＞

第 10 号様式（第 69 条関係）

介護保険

介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

新宿区長　宛て

次のとおり申請します。

		申請年月日	年　月　日
① 申請者氏名	**新宿　花子**	本人との関係	**本人、子、ケアマネジャー等**
② 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・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・指定介護療養型医療施設・介護医療院）	指定事業者コード	
③ 申請者又は提出代行者の住所	※〒 **△△△－△△△△** **新宿区○○町　△－△－△**	電話番号	※（ **03** ） **○○○○－△△△△**

※申請者が本人の場合申請者住所・電話番号は記載不要

被保険者	被保険者番号	**9 9 9 9 9 9 9 9 9 9**	④ 個人番号	**9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9**	
	フリガナ	**シンジュク　タロウ**	生年月日	**大正　11年　4月　1日**	
	氏　名	**新宿　太郎**	性　別	**男**	
	⑤ 住　所（住民票）	〒 **160－8484**　電話番号 **03－3209－1111** **新宿区　歌舞伎町1丁目　4番1号**			
	⑥ 現在いる所（調査場所）	〒 **△△△－△△△△**　電話番号 **○○○○－△△－××××** **○○市○○町　△－△－△　○　○　病　院**			
	前回の要介護認定の結果等	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援状態区分　1　2		
			有効期限　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、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。　はい ・ いいえ		
	⑦ 現在病院入院中・施設入所中（短期入所を除く）	(有)・無	現在の入院先病院名又は入所先施設名	**○　○　病　院**	
			所　在　地	〒 **△△△－△△△△**　電話番号 **○○○○－△△－××××** **○○市○○町　△－△－△**	

⑧ 医療保険	保険者名	□後期高齢　□国保　☑その他（ **◎◎組合** ）						保険者番号	**１１１１１１**
	被保険者記号・番号	記号	**２２－３３**	番号	**４４４４**	枝番	**５５**	被保険者名	**新宿　太郎**
								資格取得日	**○○○○年　○月　○日**

⑨ 主治医（該当に○） (有)・無	主治医の氏名	**介護　一郎**	被保険者名・資格取得日は、40～64 歳の方は記入が必要	
	医療機関名	**○　○　病　院**	診療科名	**整形外科**
	所　在　地	〒 **○○○－○○○○**　電話番号 **○○○○－△△－××××** **○○市○○町　△－△－△**		
	介護保険事業において主治医意見書を作成した医師と連携を図るため、区が当該医師に介護認定審査会による判定結果・意見をお知らせすることに同意します。　同意しない場合は、□にレを記してください。　□同意しない			

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

⑩	特定疾病名	**脳血管疾患　（16特定疾病）**　40～64 歳の方は記入が必要

⑪ 本人の情報を提供することへの同意欄	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・要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を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又は認定調査に従事した調査員に、区が情報提供することに同意します。 同意しない場合は、□にレを記してください。　□同意しない

⑧　<u>後期高齢者医療制度被保険者</u>の方は、「保険者名」、「保険者番号」及び「被保険者番号」のみご記入ください（記号・枝番・被保険者名・資格取得日は記入不要です）。

医療保険	保険者名	☑後期高齢　□国保　□その他（　　）						保険者番号	**39131040**
	被保険者証	記号		番号	**01234567**	枝番		被保険者名	
								資格取得日	年　月　日

更新申請書の記入について

① 申請者氏名

申請書を窓口に提出した方、あるいは郵送した方の氏名と本人との関係をご記入ください。

・委任を受けたご家族が申請する場合や申請の手続きの代行を依頼する場合→代理・代行で申請される方の氏名とご本人との関係（子、ケアマネージャーなど）を記入してください。

② 提出代行者名称（代行の場合のみ記入）

申請の手続きを依頼された提出代行者（地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、特養、老健の方など）の場合は、提出代行者の名称を記入してください。

③ 申請者または提出代行者の住所・電話番号

申請に関する質問をする場合がありますので、日中に連絡がつく電話番号を必ず記入してください。※申請者がご本人の場合は、記入の必要はありません。

④ 個人番号（マイナンバー）

マイナンバーカード・通知カードに記載されている個人番号を記入してください。

⑤ 住所（住民票の住所）・電話番号

必ず記入してください。誤った住所等が印刷されている場合は二重線で消してご訂正ください。

⑥ 現在いる所（調査場所）

認定調査を受ける予定の場所です。
住民票の住所以外の場所（病院、施設、別宅、子の家など）にいる方は必ず記入してください。

⑦ 病院入院・施設入所の有無

入院・入所中の方は、入院先または入所先の施設名・所在地・電話番号を記入してください。
※入院している方は認定調査員が病室に伺いますので、入院期間のほか、認定調査が可能か、病状が安定しているか等、必ず病院に確認してください。

⑧ 医療保険の保険者名・番号、被保険者記号・番号・枝番、（被保険者名・資格取得日）

医療保険情報（被保険者名・資格取得日は 40 歳から 64 歳の方のみ）をご記入ください。
後期高齢者医療制度被保険者の方は、記入例をご参照ください。

⑨ 主治医

主治医は１名のみ　申請後、新宿区から主治医に対し「介護保険主治医意見書」の記入を依頼しますので、主治医に介護保険の認定申請をした旨を伝えてください。最近２か月以内に受診がない場合、至急受診を予約し、「連絡事項」の用紙に次回受診日を記入してください。病院や施設などに入院・入所中の方は、入院・入所先の医師を主治医とすることをおすすめします。
※「同意しない」のチェックは、新宿区が主治医に認定結果をお知らせすることに同意しない場合のみチェックしてください。

⑩ 特定疾病名…第２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入

該当する方は特定疾病名を記入してください。

⑪ 本人の情報を提供することへの同意欄（自署）

※「同意しない」のチェックは、居宅介護支援事業者等に認定情報などを提供することに同意しない場合のみチェックを入れてください。

お問合せ先
新宿区福祉部介護保険課認定第一係
03-5273-3643（直通電話）
03-3209-6010（FAX）

申請時の提出書類・本人確認等について

1）提出書類チェックリスト

申請は高齢者総合相談センターや区役所の窓口、郵送にて受け付けています。
ご郵送いただきました証明書類の写しは確認後、速やかに処分させていただきます。また、委任状以外は、証明書類の原本を郵送しないようにご注意ください。

①　被保険者に関する書類

書類チェック欄	窓口での申請	郵送による申請
□　介護保険申請書	原本提出	
□　要介護・要支援認定申請に伴う連絡事項	原本提出	
□　医療保険加入がわかるもの （マイナポータル「医療保険の資格情報画面」、有効期間内の「健康保険証」や「資格確認書」）	マイナポータルの画面提示 原本提示	写し提出
□　個人番号確認書類 下記２）をご確認ください。	原本提示	写し提出
□　本人確認書類 下記３）をご確認ください。	原本提示 ・写真表示のある書類はいずれか１点 ・写真表示のない書類はいずれか２点	写し提出

＊『マイナンバー（個人番号）の記入が難しい場合』
マイナンバーカード（個人番号カード）や通知カードがなく記入が難しい場合でも介護保険認定申請書を提出できます。

②　申請者が代行・代理人の方の場合のみ提出

本人以外（代行・代理人）の方が申請する場合は**上記①以外**に以下の書類もご提出ください。

書類チェック欄		窓口での申請	郵送による申請
□　代理権を確認するための書類	法定代理人の場合	登記事項証明書 など	
	任意代理人の場合 （いずれか１点）	・委任状の原本 ・被保険者本人の「介護保険被保険者証」または「介護保険負担割合証」の写し	
□　申請者（代行・代理人）の本人であることを確認するための書類		・写真表示のある書類はいずれか１点 ・写真表示のない書類はいずれか２点	

2）個人番号確認書類および本人確認書類について

●個人番号確認書類
「マイナンバーカード（個人番号カード）」、「個人番号記載の住民票の写し」、
「通知カード（氏名、住所などが住民票と一致している場合のみ）」

3）本人確認書類について

●写真表示のある本人確認書類
「マイナンバーカード（個人番号カード）」、「運転免許証」、「パスポート」、「在留カード」、
「身体障害者手帳」、「精神障害者保健福祉手帳」、（代行の方「介護支援専門員証」） など

●写真表示のない本人確認書類
「医療保険被保険者証」や「資格確認書」のほか、「介護保険被保険者証」、「介護保険負担割合証」、「年金証書」、「基礎年金番号通知書または年金手帳」など