

申請書の記入方法

申請にあたって現在有効な医療保険の資格が確認できる書類の写しを必ず添付してください。
介護保険被保険者証（介護保険証）をお持ちの方は添付してください。

医療保険の
資格確認書
類に記載し
てある名称
等を記入

介護認定を
受けた人
(住所は住民登
録のある所)

被保険者が
住民登録地
以外の場所
に居る場合
記入
(個人の家の場
合は世帯主名、
入院中の場合
は病院名、病
棟名、入院日、
退院予定日等
を記入)

定期的に受
診している
医療機関名
を記入
(入院中の場合
は入院してい
る医療機関名
を記入)

記入不要

介護保険 要支援・要介護 【新規】更新・変更】認定申請書 〔 〕内の該当するものに○をつけてください 葛 飾 区 長 あて 記入日：〇〇年 〇月 〇日 次のとおり申請します。 ※申請日は区が受理した日となります。		介護保険被保険者証 回収・未回収 受付入力 調査依頼 確 認		受 付 印	
介護保険被保険者番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 個人番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇		保険者名 東京都後期高齢者医療 保険者番号 39131222		被保険者証 記号番号	
フリガナ カツ シカ タ ロウ		生年月日 明・大・昭 13年 7月 23日(××歳)		氏 名 葛 飾 太 郎	
性 別 男 ・ 女		同居者の有無 有 ・ 無		住 所 葛 飾 区 立 石 × - × - ×	
電話 3607-××××		前回(現在)の要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 非該当		有効期限 年 月 日から 年 月 日 事業対象者	
結果等 14日以内に転入した方のみ記入 転出元自治体名(市町村)		転出元自治体に要介護・要支援を申請中ですか はい・いいえ		申請の理由	
現在被保険者の居る場所(住民登録地以外の場合)		施設又は病院名等 〇〇病院〇階〇病棟 電話 5698-××××		所在地 葛 飾 区 青 戸 × - × - ×	
月 日入院 月 日退院予定		介護保険施設入所 有 ・ 無		提出者 フリガナ カツ シカ イチ ロウ	
氏 名 葛 飾 一 郎		本人との関係 子		住 所 葛 飾 区 立 石 × - × - ×	
電話 3695-××××		携帯 090-××××-××××		提出代行の場合 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)	
事業所名		電話		認定調査に関する問合せ・認定調査の日時等の連絡先(日中連絡がつくところ)	
連絡先 フリガナ カツ シカ ハナ コ		本人との関係 子		調査時の立ち会い 可 ・ 不可	
氏 名 葛 飾 花 子		勤務先 ××××-××××		主治 医療機関名 〇 〇 病 院	
電 話 自宅 3695-××××		携帯 090-××××-××××		診療科 内 科	
主治医 所在地 〒125-0062 葛 飾 区 青 戸 × - × - ×		主治医名 介 護 一 郎		受診日 前回 月 日・次回 月 日	
電話 5698-××××		2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は下記に記入して下さい。		特定疾病名	
同意書 ①介護サービス計画等の作成及び地域支援事業等介護保険事業のために必要があるときは、認定調査票・主治医意見書、介護認定審査会の判定結果・意見を、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)、高齢者支援課、主治医意見書を記載した医師に提供すること。 ②主治医意見書を記載した医師が求めたときは、担当する居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者及び介護予防サービス計画の一部委託を受けた者の情報を提供すること。 ③認定調査のため、この申請書の写しを認定調査員に提供すること。 ④(更新の場合のみ)申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定がされれば、要介護認定延期の通知を省略すること。 上記について同意します。		本人氏名 葛 飾 太 郎		代筆者氏名 葛 飾 一 郎	
本人との関係 子		※なお、提供等に同意されない場合は、ご本人が提供等を行ってください。		処理欄 調査依頼先 連絡事項	

記入不要

変更申請の
場合は必ず
具体的に記入

申請の手續
きを行った人
(提出者が
本人の場合
記入不要)

認定調査に
何う調査員
から直接連
絡をします

裏面を参照
して16種類
の特定疾病
名から記入

本人が記入する場合、本人氏名欄に署名のうえ本人との関係は「本人」と記入
本人が記入できない場合、家族などが本人氏名を代筆し、代筆者氏名と本人との関係を記入

1 葛飾区に介護保険の申請をすることができる方

葛飾区内に住所がある方で

①65歳以上で介護サービスが必要な方（介護が必要になった原因を問いません）

②40歳から64歳までの医療保険加入者で加齢に起因する以下の特定疾病により介護サービスが必要な方

※特定疾病一覧

○がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)

○関節リウマチ ○筋萎縮性側索硬化症 ○後縦靭帯骨化症 ○骨折を伴う骨粗しょう症

○初老期における認知症 ○進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病

○脊髄小脳変性症 ○脊柱管狭窄症 ○早老症 ○多系統萎縮症

○糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症

○脳血管疾患(脳挫傷などの外傷性は該当しません)

○閉塞性動脈硬化症 ○慢性閉塞性肺疾患

○両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

2 要介護認定の申請について

○申請に必要な物

(1) 介護保険要支援要介護認定申請書（原本と複写の2枚とも）

(2) 介護保険被保険者証の原本（郵送申請の場合は同封してください）

(3) 医療保険（健康保険）の資格が確認できる書類の写し

※ 個人番号(マイナンバー)を記載した場合は、個人番号確認書類及び身元確認書類(別紙参照)

○申請書配布・申請受付窓口

施設名	所在地	電話番号	施設名	所在地	電話番号
葛飾区役所介護保険課 (福祉総合窓口201番)	立石 5-13-1	(3695)1111	金町保健センター	金町 4-18-19	(3607)4141
			水元保健センター	東水元 1-7-3	(3627)1911
葛飾区保健所 健康部 健康づくり課	青戸 4-15-14	(3602)1268	新小岩保健センター	西新小岩 4-33-2 (にこわ新小岩内)	(3696)3781

○申請書配布窓口

高齢者総合相談センター（地域包括支援センター）

名称	所在地	電話番号	名称	所在地	電話番号
水元	水元 1-26-20	(3826)2419	青戸	青戸 3-13-19	(5629)5719
水元公園	南水元 4-27-13 藤屋ビル1階	(6231)3567	お花茶屋	お花茶屋2-4-23 センターフィールドビル101	(6662)7907
金町	東金町 1-36-1-108	(3826)5031	堀切	堀切 2-66-17	(3697)7815
新宿	新宿 2-16-4	(3826)8726	立石	立石6-19-10 S・Kビル1階	(6657)6140
柴又	柴又 1-47-7-102	(5876)9531	東四つ木	東四つ木 2-27-1	(5698)2204
高砂	高砂 3-27-12	(5889)8600	奥戸	奥戸 3-25-1	(5670)5212
亀有	亀有 4-31-18-105	(6240)7630	新小岩	新小岩 1-49-10 第5デリカビル1階	(5879)9328

※ 居宅介護支援事業所、介護保険施設（特別養護老人ホームなど）に申請手続の代行も依頼できます。

※ 郵送申請の場合は、「〒124-8555 葛飾区立石5-13-1 葛飾区役所 介護保険課 調査係」にお送りください。

介護保険 要支援・要介護
[新規・更新・変更] 認定申請書

[] 内の該当するものに○をつけてください

葛 飾 区 長 あて 記入日： 年 月 日
次のとおり申請します。 ※申請日は区が受理した日となります。

介護保険被保険者証			受付印
回収・未回収			
受付入力	調査依頼	確認	

被 保 険 者 (本 人)	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																																						
		被保険者証										記号番号																																						
	フリガナ										生年月日										明・大・昭 年 月 日(歳)																													
	氏 名										性 別										男 ・ 女										同居者の有無										有 ・ 無									
	住 所										電 話																																							
	前回(現在)の										要介護状態区分										1 2 3 4 5										要支援状態区分										1 2 非該当									
	要介護認定の										有効期限										年 月 日から										年 月 日										事業対象者									
	結果等										14日以内に転入 転出元自治体名(市町村)										転出元自治体に要介護・要支援を申請中ですか (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・いいえ																			
	申 請 の 理 由																																																	
提 出 者	フリガナ										本人との関係										電 話 携 帯																													
	氏 名																																																	
	住 所																																																	
提出代行の 場合										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)										事業所名										電 話																				

認定調査に関する問合せ・認定調査の日時等の連絡先(日中連絡がつくところ)

連 絡 先	フリガナ										本人との関係										調査時の 立ち会い										可・不可									
	氏 名																																							
	電 話										自宅																													

主 治 医	医療機関名										診療科										主治医名									
											受診日										前回 月 日・次回 月 日									
	所在地 〒										電 話																			

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)は下記に記入して下さい。

特定疾病名	
-------	--

同 意 書	①介護サービス計画等の作成及び地域支援事業等介護保険事業のために必要があるときは、認定調査票・主治医意見書、介護認定審査会の判定結果・意見を、居宅介護支援事業者、介護保険施設の関係人、高齢者総合相談センター(地域包括支援センター)、高齢者支援課、主治医意見書を記載した医師に提供すること。																												
	②主治医意見書を記載した医師が求めたときは、担当する居宅介護支援事業者・介護予防支援事業者及び介護予防サービス計画の一部委託を受けた者の情報を提供すること。																												
	③認定調査のため、この申請書の写しを認定調査員に提供すること。																												
④(更新の場合のみ)申請から30日以内に認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定がされれば、要介護認定延期の通知を省略すること。																													
上記について同意します。																													
本人 氏名										代筆者 氏 名										本人との(関係)									

※なお、提供等に同意されない場合は、ご本人が提供等を行ってください。

処理欄	調査依頼先	連絡事項
-----	-------	------