# 40歳～64歳の方向け　要介護認定・要支援認定　申請書の記入方法と記入例

| 区処理欄 | 資格・被保証 | 書類確認 | 申請入力 | 主治医 | | | 調査依頼 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | ／ | | ／ | ／ | 在入 2 | 特 | ／ |

**申請に必要なもの**
- 介護保険要介護認定・要支援認定申請書
- 介護保険被保険者証（お手元にない場合は、なくても申請できます）
- ４０歳～６４歳の方は、国民健康保険など医療保険の被保険証の写し

※　令和6年12月2日以降は、医療保険の被保険者証（有効期限のあるもの）資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください。

## 介護保険　要介護認定・要支援認定

練馬区長　つぎ

初めての申請の場合は、新規申請に○をつけてください。

令和　　年　　月　　日　　介護保険被保険者証の添付　あり　・　なし

申請区分　1 新規申請　2 更新申請　3 区分変更申請　4 転入申請

申請理由は具体的に記入してください。

| 被保険者 | | |
|---|---|---|
| 被保険者番号 | 1 0 0 2 2 2 2 2 2 2 | 転出元自治体名 |
| フリガナ | ネリマ　ハナコ | |
| 氏名 | 練馬　花子 | 明・大・昭　年　1　月　1　日（74 |
| 住所 | 練馬区　豊玉北　△－○－ | |
| | 電話番号　０３（○○○○）△△△△ | |
| 現在の要介護認定区分 | 要支援　1　2　要介護　1　・　2　3　・　4　5 | |
| 有効期間 | 令和　年　月　日　から　年　月 | |
| 申請理由 | 歩行困難なため介護サービスを利用したい。 | |

ショートステイなどの一時的な滞在場所での調査をご希望の場合は、ご相談ください。
また、入院中の場合は病棟名・号室を必ずお書きください。
記載例：
○●病院　東病棟３階３０１号室

| 認定調査 | | |
|---|---|---|
| 調査場所 | 在宅　病院　入院施設 | 病院・入院施設名　病棟名・号室 |
| | 住所　同上 | |
| | 電話番号 | |
| 立会い希望 | なし　あり　連絡のみ希望 | 氏名　練馬　つつじ　本人との関係 |
| 連絡先電話番号 | ① 090－○○○○－○○○○　自宅　携帯　勤務先 | ② ０３－△△△△－○○○○　自宅　携帯　勤務先 |
| | ※電話番号は、平日の日中に連絡を取れる番号をご記入ください。 | 備考　日中は仕事をしていますので携帯に出ない場合は勤務先に連絡をしてください。 |

平日昼間（午前８時３０分～午後５時１５分）に連絡のつく電話番号をご記入ください。

調査の日程、連絡方法について、伝えたいことがあれば、備考にご記入ください。

| 主治医 | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療機関名 | 練馬区役所病院 | 診療科目 | 脳外科 | 通院　前回受診日　5月22日 |
| | | 主治医名 | 大泉　太郎　医師 | 往診　次回受診日　6月7日 |
| 所在地 | 〒177－0041　練馬区　石神井町　○－○－○ | | | 入院　年　月　日～ |
| | 電話番号　03（　○○○○　）○○○○ | | | 入所　年　月 |

申請日から概ね１０日以内に受診し、受診時は主治医へ「介護保険の認定申請をしました」と伝えてください。
◎　眼科、耳鼻科、皮膚科では、主治医意見書を記入してもらえない場合があります。事前にご確認ください。
◎　公平性の観点から、二親等以内の親族が主治医になることはお勧めしていません。

◆医療保険に加入している方は、必ず記入してください。

| 医療保険者名 | 練馬区 | 医療保険者番号 | 131201 | 医療保険被保険者の記号・番号・枝番 | 記号 99 | 番号 99 | 枝番 9 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 被保険者名 | 練馬　花子 | | | 介護保険被保険者の医療保険資格取得年月日 | 平成18年4月1日 | | |

◆第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の場合、特定疾病名を必ず記入してください。

| 特定疾病名 | 筋萎縮性側索硬化症 |
|---|---|

介護（介護予防）サービス利用時（健康
要支援認定に係る　定結果・意見および主治医意
宅介護支援事業者　関係人および主治医意見書を
同意しない場合は、　を記入してください。　□　同意しない

４０歳から６４歳の方は必ず記入してください。

加入している医療保険について記載する項目です。
後期高齢者医療被保険者の場合、つぎのとおり記入してください。
- 医療保険者名：東京都後期高齢者医療広域連合
- 医療保険者番号：３９１３△△△△
- 医療保険被保険者の記号・番号・枝番：8桁の被保険者番号

| 申請者 | | |
|---|---|---|
| | ※申請者が本人の場合は、住所、電話番号の記載は不要です。 | 氏名　練馬　花子 |
| 住所 | 〒 | |
| | 電話番号　（　　） | |

◆下記の事業者が提出代行する場合は、つ　欄に記入してください。

| 提出代行者 | | |
|---|---|---|
| 種別 | 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護 | |
| | 該当に○を付けてください。 | |
| 名称 | 記入不要です | 介護保険 |
| 所在地 | 電話番号 | 被保険者の担当ケアマネージャ |

申請者は、原則本人または家族等です。
申請者が本人でない場合は、氏名・住所を必ずご記入ください。
成年後見人が申請者となる場合は、登記事項証明書等の写しの添付が必須です。

| 被保険者の個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|

| 本人確認 | 済・未 | 端末確認 |
|---|---|---|
| | | |

□本人委任なし　□確認書類不足
□番号記載不可

個人番号（マイナンバー）がわからない等、記入が困難な場合は、空欄のまま提出してください。

〈お問い合わせ・申請書送付先〉
練馬区高齢施策担当部介護保険課　介護認定第一係　宛
〒１７６－８５０１　練馬区豊玉北６－１２－１
電話　０３－５９８４－２８６７（係直通）