

65歳以上の方向け 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（お手もとにない場合は、なくても申請できます。）

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

練馬区長 あて
つぎのとおり申請します。
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)

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 転出元自治体(市区町村名) []

被保険者番号 1 0 0 2 2 2 2 2 2 2 2 転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中の方は、申請日 令和 年 月 日 ください。

フリガナ ネリマ ハナコ 生年月日 明・大・昭 25 年 1 月 1 日 (歳)

氏名 練馬 花子

住所 練馬区 豊玉北 △-○-□

電話番号 03 (0000) △△△△

現在の要介護認定区分 要支援 1・2 要介護 1・3・4

有効期間 令和 年 月 日 から 年 月 日

申請理由 歩行困難なため介護サービスを利用したい。

調査場所 (在宅) 病院 入院施設 病院・入院施設名 病棟名

調査場所 住所同上

調査場所 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 ① 090-0000-0000 ② 03-△△△△-0000 備考 日中は仕事をしていない場合は勤務先へご連絡をお願いします。

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2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

電話番号 03 (0000) 0000 入所 年

◆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

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、特定疾病名を記入してください。

特定疾病名

介護(介護予防)サービス計画の作成および介護(介護予防)サービス利用要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見および、在宅介護支援事業者ほか、介護保険サービス提供事業者の関係人および主治医師の同意しない場合は、右の口に入力してください。 □ 同意しない

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 本人との関係 本人

住所 〒 電話番号 ()

◆下記の事業者が提出代行する場合は、つぎの欄に記入してください。

種別 [] 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設

名称 記入不要です 介護保険事業者番号

所在地 担当名:

電話番号 被保険者の担当ケアマネージャー(事業者)ですか ⇒ はい

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 確認済 本人委任なし 確認書類不足 番号記載不可

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

申請理由は具体的に記入してください。

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。

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。

申請者は、原則本人または家族等となります。また、申請者が本人でない場合、氏名・住所は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。

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)