

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	<input checked="" type="checkbox"/> 1 新規申請	<input type="checkbox"/> 2 更新申請	<input type="checkbox"/> 3 区分変更申請	<input type="checkbox"/> 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	2	2	2	2	2	2	2	2	2
フリガナ	ネリマ ハナコ										生年月日									
氏名	練馬 花子										明・大(昭) 25 年 1 月 1 日 (歳)									
住所	練馬区 豊玉北 △-○-□										電話番号									
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									
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

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。

認定調査	調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 在宅	病院 入院施設	病院・入院施設名	病棟名
	住所	住所同上			
	電話番号	電話番号			
立会い希望	なし <input checked="" type="checkbox"/> (あり)		連絡のみ希望		氏名
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。	
備考	※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。				

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。

主治医	医療機関名	練馬区役所病院		診療科目	脳外科		<input checked="" type="checkbox"/> 通院	前回受診日	5月2	
	所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○-○-○		主治医名	大泉 太郎 医師		往診	次回受診日	6月7	
	電話番号	03 (0000) 0000		入院	年		入所	年		

◎ 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
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、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と同意しない場合は、右の口に入力してください。 <input type="checkbox"/> 同意しない					

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		本人との関係	本人
住所	〒 () 電話番号 ()					

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。

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: 被保険者の担当ケアマネージャー(事業者)ですか ⇒ はい				
	電話番号	電話番号				

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	<input type="checkbox"/> 本人委任なし	<input type="checkbox"/> 確認書類不足	<input type="checkbox"/> 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)