

事業者用 1号被保険者用

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 者
／	

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
練馬区長 殿 該当する申請区分に○をつけてください。
つぎのとおり

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（お手元がない場合は、なくても申請できます）

年 月 日 介護保険被保険者証の添付 あり なし

申請区分	<input checked="" type="radio"/> 新規申請	<input type="radio"/> 2更新申請	<input type="radio"/> 3区分変更申請	<input type="radio"/> 4転	
被保険者番号	1 0 0 2 2 2 2 2 2 2	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・号室を必ずご記入ください。 記載例：○ 病院 東病棟3階301号室			
フリガナ	ネリマ ハナコ				
氏名	練馬 花子				
住所	練馬区 豊玉北 -○-				
電話番号					
現在の要介護認定区分	申請理由は必ず具体的に記入してください。				
有効期間	1 . 5 年 4 月 から 7 年 3 月 3 日				
申請理由	脳出血で入院、6月 退院予定でサービスの増加が予想されるため				
調査場所	<input checked="" type="radio"/> 在宅 <input type="radio"/> 病院 <input type="radio"/> 入院施設	病院・入院施設 練馬区役所病院 病棟名・号室 302号室			
住 所	練馬区 石神井町 ○-○-○				
電話番号	03 (○○○○)○○○○				
立会い希望	なし <input checked="" type="radio"/> あり <input type="radio"/> 連絡のみ希望 <input type="radio"/> フリガナ氏名 練馬 つつじ				
連絡先電話番号	090-○○○○-○○○○	03-○○○○-○○○○	備考	日中は仕事携帯に出ないため連絡を	
医療機関名	練馬区役所病院		診療科目	脳外科	
所在地	〒177-0021 練馬区 石神井町 ○-○-○		主治医名	大泉 太郎 医師	
通院	前回受診				
往診	次回受診				
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。	<ul style="list-style-type: none"> ・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 				
医療保険 保険者名	東京都後期高齢者医療広域連合				
被保険者の記号・番号・枝番					
保険者番号	3913	被保険者名	練馬 花子		
被保険者医療保険資格					
第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方は、「特定疾病名」を必ず記入ください。	特定疾病名				
40歳から64歳の方は必ず記入してください。					

介護(介護予防)サービスの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の判定結果・意見、主治医意見書、練馬区が提供を受けた介護(介護予防)サービス計画および居宅サービス事業者または介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、練馬区から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、地域密着型サービス事業者、介護予防サービス事業者または地域密着型介護予防サービス事業者の関係者、介護予防・日常生活支援総合事業(地域支援事業)として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

同意しない場合は、右の に を記入してください。 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
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。

提出代行	種別	地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設
名称	種別に記載されている事業者のみ提出代行者となれます。上記の種別に該当しない場合には、提出代行者欄の記入は不要です。	
所在地	担当者名	光が丘 こぶし
電話番号	03 (○○○○)○○○○	被保険者の担当ケアマネージャー(事業者)ですか <input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ

被保険者の個人番号	
-----------	--

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。

本人確認 済・未 端末確認 本人委任なし 確認書類 忘れずに○をつけてください。 番号記載不可

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)

事業者用 2号被保険者用

要介護認定・要支援認定 申請書の記入方法と記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

該当する申請区分に○をつけてください。

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（お手元がない場合は、なくても申請できます）
- ・40歳～64歳の方は、医療保険の「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。

申請区分 1 新規申請 2 更新申請 3 区分変更申請

被保険者番号 1 0 0 2 2 2 2 2 2

フリガナ ネリマ ハナコ

氏名 練馬 花子

住所 練馬区 豊玉北 〇

現在の要介護認定区分 要

有効期間

申請理由 脳出血で入院 〇月末に退院予定でサービ

調査場所 在宅 (病院) 入院施設

住所 練馬区 石神井町 〇-〇-〇

立会い希望 なし (あり) 連絡の希望

連絡先電話番号

主治医 医療機関名 練馬区役所

所在地

医療保険 保険者名 練馬区

保険者番号 131201

被保険者名 練馬区

被保険者の医療保険資格取得年月日 平成18年 4月 1日

特定疾病名 筋萎縮性側索硬化症

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の方は、「特定疾病名」を必ず記入ください。

同意しない場合は、申請者が本人の場合は、住所、電話番号の記載は不要です。

提出代行者の種類 地域包括支援センター (指定居宅介護支援事業者) 指定介護老人

提出代行者の名

提出代行者の住所

被保険者の個人番号

提出代行者の種類に記載されている事業者のみ提出代行者となれます。上記の種類に該当しない場合には、提出代行者欄の記入は不要です。

提出代行者の住所

提出代行者の住所

提出代行者の住所

提出代行者の住所

提出代行者の住所

提出代行者の住所

提出代行者の住所

提出代行者の住所

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・号室を必ずご記入ください。記載例：〇 病院 東病棟3階301号室

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。

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。

40歳から64歳の方は必ず記入してください。

介護(介護予防)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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、練馬区が提供を受けた介護(介護予防)サービス計画および居室等に関する情報、練馬区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービスセンター、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者または地域密着型介護予防サービス事業者の提供を受けた介護(介護予防)サービスに関する情報、主治医意見書に係る医師に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合)。

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。

提出代行者が申請書を作成する場合も、申請者(本人または家族等)を必ず記入してください。

忘れずに○をつけてください。

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)

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。