

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
/	/	/	/	在入特 2	/

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。**

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

練馬区 初めての申請の場合は、新規申請に○をつけてください。

申請区分 1 新規申請 2 更新申請 3 区分変更申請 4 転入申請 転出元自治体(市区町村) あり・なし

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、申請日を記載してください。申請日 年 月 日

フリガナ ネリマ ハナコ 申請理由は具体的に記入してください。

氏名 練馬 花子 歳

住所 練馬区 豊玉北 - 〇 - 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：〇 病院 東病棟3階301号室

電話番号 03(〇〇〇〇) 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。

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 年 月 日から 年 月 日まで

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・号室

住所 同上 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。

電話番号 立会い希望 なし あり 連絡のみ希望 フリガナ 練馬 つつじ 本人との関係

連絡先電話番号 090-〇〇〇〇-〇〇〇〇 03- - 〇〇〇〇 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。

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 〇-〇-〇 入院 令和4年4月1日～

電話番号 03(〇〇〇〇)〇〇〇〇 入所 年 月 日

保険者名 練馬区 被保険者の記号・番号・枝番 記号 99 番号 99 枝番

被保険者名 練馬 花子 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 筋萎縮性側索硬化症

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

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

名称 記入不要です 介護保険事業者番号

所在地 担当者名:

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 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。

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)