

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	/

練馬区地域包括支援センター受付印
練馬区提出用 区処理欄

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

練馬区長 殿

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。）

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**]

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

申請日 年 月 日

被保険者番号 1 0 0 2 2 2 2 2 2 2

フリガナ ネリマ ハナコ 生年月日 昭和25年 2月 22日

氏名 **練馬 花子**

住所 練馬区 豊玉北 -○- 03(〇〇〇〇)

現在の要介護認定区分 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4

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。**

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 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- 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。

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 通院 前回受診日

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 3月 5日

入院 年 月 日 ~ 年 月 日 入所 年 月 日

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 記号 99 番号 99 枝番 9999

被保険者番号 3913 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

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。

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。

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

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人、介護予防・日常生活支援医師に提示する(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。 同意した場合は、

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

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。

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。

提出代行者 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・介護老人保健施設・介護施設等に を付けてください。

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

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)