

認定の手続きをされる方へ

記入例

新規・更新・変更・要介護

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書

(宛先) 小金井市長
次のとおり申請します。なお、保険給付に係り市の公簿等を確認することを承諾します。

この申請項目は、市の電子計算組織に記録されます。

申請年月日 年 月 日

申請者氏名	介護 花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒184-8504 小金井市本町×-×-〇		
提出代行者 名称	電話番号 042-387-9804		

被保険者番号	フリガナ	個人番号	生年月日
	カイゴ ジロウ		大正5年5月5日
氏名	介護 二郎	性別	男・女
住所	〒184-8504 小金井市本町×-×-〇		
	電話番号 042-387-9804		
前回の要介護認定の結果等 *新規申請の方は不要です	要介護状態区分	1 2 3 4 5	要支援 1 2
	有効期間	年 月 日 から	年 月 日

介護保険施設	有	入所施設名	
入所の有無 (短期入所を除く)	無	所在地	
申請の理由			

主治医の氏名	小金井 太郎	医療機関名	市役所第一病院
所在地	〒184-8504 小金井市本町6-6-3		
	電話番号 042-383-1111		

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
特定疾病名	

- 介護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、今回の認定結果、審査資料を地域包括支援センター・居宅介護支援事業者、介護サービス事業者等に提示することに同意します。 同意しません
 - 今回の認定結果を、主治医意見書を作成した医師に通知することに同意します。 同意しません
 - 今回の認定審査で自立・要支援1・要支援2と判定された場合、認定結果等を地域包括支援センターに通知することに同意します。 同意しません
- ※すべてに同意する場合は、氏名のみご記入ください。 本人・代行者 氏名 _____

市役所 処理欄	受付	この欄は記入しないでください。
------------	----	-----------------

1 申請書を記入する方の氏名・住所を記入してください。

2 本人の氏名・住所等をこの欄に記入してください。番号がわからなければ、空欄で結構です。

3 新規以外の方は前回の介護度と有効期間をこの欄に記入してください。

4 ご本人の今の状態を一番よくわかっている医師を記入してください。記入された医師へ意見書を市役所が依頼します。

5 40~64歳の方はこちらに記入し、健康保険証のコピーを添付してください。65歳以上の方は記入しないでください。

6 1, 2, 3の中で同意しない項目がある場合は、「同意しません」にレ印をしてください。

7 1, 2, 3の内容に同意する場合は、本人または代理者の氏名を記入してください。