

記入例

認定の手続きをされる方へ

申請区分に☑をしてください。

新規 更新 変更 要支援⇔要介護新規 ※左記の申請区分いずれか

※市役所が受理した日が申請受付日となります。

申請する方の氏名・住所等を記入してください。

(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。

提出代行の場合はケアマネジャー等が記入します。

申請者氏名	介護 花子	本人との関係	妻
申請者住所	〒184-8504 小金井市本町〇-〇-〇		
提出代行者名称	該当に〇(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・介護医療院)		
申請年月日	〇年	〇月	〇日
電話番号	042-387-9804		

介護保険の被保険者番号・個人番号を記入してください。

被保険者番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0
--------	-------------------------	------	---------------------------------

医療保険の保険証の保険者名で該当するものにチェック又は記入してください。また保険者番号等を記入してください。

医療保険	保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他保険者名	保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	
		<input type="checkbox"/> 国保			
	被保険者証 記号	番号	〇〇〇〇〇〇〇〇	枝番	

(記入例は75歳以上の方の例です。記号、枝番はありません。)

フリガナ	カイゴ ジロウ	生年月日	昭和20年5月5日
氏名	介護 二郎	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
住所	〒184-8504 小金井市本町〇-〇-〇		
	電話番号 042-387-9804		

本人の氏名等を記入してください。

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			

新規以外の方は前回介護度等を記入してください。

介護保険施設入所の有無(短期入所を除く)	有	入所施設名	
	無	所在地	

施設入所中の方は施設名等を記入してください。

申請の理由 〇〇〇〇のため

申請の理由を記入してください。

主治医	主治医の氏名	フリガナ コガネイ タロウ 小金井 太郎	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒184-×××× 小金井市〇町〇-〇-〇		
		電話番号 〇〇〇-〇〇〇〇		

かかりつけの医師名等を記入してください。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入
特定疾病名

40~64歳の方は特定疾病名を記入してください。

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必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、小金井市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、小金井市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、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しく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・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(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。

※同意する場合は、氏名をご記入ください。 本人・法定代理人等 氏名 介護 花子

市役所 受付欄 **この欄は記入しないでください。**

同意する場合は、忘れずに氏名をご記入ください。