

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に☑をしてください。

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	本人との関係	
申請者住所	電話番号	
提出代行者 名称	該当に○(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)	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号							
	医 療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> その他保険者名		保険者番号					
			<input type="checkbox"/> 国保							
	被 保 険 者 証	記号	番号	枝番						
		フリガナ		生年月日	年 月 日					
	氏 名		性 別	男 ・ 女						
	住 所		電話番号							
	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 入 所 の 有 無 (短 期 入 所 を 除 く)	有	入所施設名							
所在地										
		無								
申請の理由										

主 治 医	主治医の氏名	フリガナ	医療機関名
	所在地	〒	
電話番号			

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	
-------	--

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

市役所 処理欄	受 付	未・済	資格 者証	未・済	意見書 依頼区分	在宅・施設 新規・継続	調 査 依 頼 先
------------	--------	-----	----------	-----	-------------	----------------	--------------