

# 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  要介護

※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。

## 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

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×-×-○ 電話番号 042-387-9804		
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)		

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 00000000000000000000 個人番号 000000000000000000

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	○○○○○○○○
		<input type="checkbox"/> 国保		
	被保険者証	記号	番号	○○○○○○○○ 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。)

被保険者	フリガナ	カイク シロウ	生年月日	昭和20年5月5日
	氏名	介護 二郎	性別	男
	住所	〒184-8504 小金井市本町×-×-○ 電話番号 042-387-9804		

本人の氏名等を記入してください。

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			

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 ○○○○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	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		

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、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

本人  
※1~3のすべてに同意する場合は、氏名のみご記入ください。法定代理人等 氏名 介護 花子

市役所 受付 処理欄 **この欄は記入しないでください。**

いずれも同意する場合は、氏名のみご記入ください。  
なお、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」にレ印の上、氏名を記入してください。