

# 【介護保険(新規)認定申請 記入例】

## 介護保険(新規)認定申請書

昭島市長殿  
次のとおり申請します。

申請日を必ず記入

受付印

申請年月日 令和 3 年 1 月 1 日

介護保険 被保険者番号					個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2			
医療 保険	保険者名	昭島市			保険者番号	138305														
	被保険者証 記号	33-55			番号	1234			枝番	1										
被 保 険 者	フリガナ	アキシマ タロウ				生年月日	明治	○	年	○	月	○	日	性別	男		・	女	88	歳
	氏名	昭島 太郎																		
	住所	〒196-0000 東京都昭島市〇〇町〇-〇-〇				電話番号	042-0000-0000													
(現在の所在地 で該当するもの に○)	※上記以外の住所(病院・施設等)にいる方は、下の欄に記入してください。																			
入院中 入所中 その他	病院名 または 施設名	※入院中・施設入所中等の方はそちらで調査しますので名称・住所地等をご記入ください。自宅の場合は記入は不要です。 ※入院中の場合は、病棟まで記入ください。																退院・転院の予定がある場合は記入してください。 月 日 退院・転院 予定)		
電話番号																				

個人番号(マイナンバー)がわからない場合は、未記入の場合も申請を受理します。

医療保険(健康保険)情報を記入してください。不明な場合は、未記入でも大丈夫です。※ただし40歳から64歳の方は、必ず記載してください。また医療(健康)保険証のコピーも合わせて添付し、下記の特定疾病名も記載してください。

退院・転院の予定がある場合は記入してください。

認 定 調 査	調査時の立会い希望 (どちらかに○)	あり		なし	連絡をとりやすい 時間帯	午前中	
	立会う方 フリガナ 氏名	アキシマ ハナコ		本人との関係	電話番号		
		昭島 花子		(長女)	042-0000-0000		

調査に立会いを希望される場合は必ずご記入ください。

申請される方が被保険者ご本人以外の場合は記入してください。

申 請 者	申請者氏名	昭島 花子		本人との関係	長女		
	住所	〒196-0000 東京都昭島市田中町〇-〇-〇					
	提出代行者 (事業者が提出する場合は記入)	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設のうち、厚生労働省令で定めるもの) ※提出代行事業者の方はご記入ください。代行を頼まない場合は不要です。					

市から病院へ依頼します。病院・医師の名前(フルネーム)を記入してください。

主 治 医	医療機関名	〇〇 病院		診療科目名	内科		
	主治医氏名 (フルネーム)	昭島 良夫		最終受診日	R2年 12月 24日		
	所在地	〒196-0000 東京都昭島市〇〇町〇-〇-〇		次回受診予定日	R3年 1月 30日		

眼科、耳鼻科、皮膚科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。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記載 (※必ず医療保険証のコピーを添付して下さい)

特定疾病名	※該当の方のみ記入してください。(16の疾病が該当します)						
-------	-------------------------------	--	--	--	--	--	--

※介護保険(新規)認定申請書の提出は、申請書の提出と併せて、主治医意見書を昭島市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、介護保険施設等に提出し、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することによって行われます。この申請をもって同意します。なお、記載された事項は介護保険システムのコンピュータに記載されます。

40歳~64歳までの方は、該当する病名を記載してください。

かかりつけの主治医など被保険者本人の現在の状態を最もよく理解している医師(医療機関)を記入してください。

上:被保険者本人の名前  
下:代筆した方の名前

本人署名	昭島 太郎	
代筆者署名	昭島 花子	本人との関係 (長女)

<問い合わせ先>

保健福祉部介護福祉課 認定担当

電話番号 042-544-5111 内線2142 2143 2155