

# 申請書の記入例 と記入方法

40歳～64歳の方は、医療保険（国民健康保険など）の被保険者証を提示してください。

申請の窓口については裏面の一覧表を御覧ください

介護保険

介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

（新規・更新・区分変更・要支援者（要介護者）の新規）

江戸川区長 殿

次のとおり申請します。

申請に来た日

申請年月日 年 月 日

受付者

印

申請区分に要介護者の新規を加えました。要支援者（要介護者）の新規は、申請日から有効期間となります。

|   |                     |   |  |                        |                             |                            |   |
|---|---------------------|---|--|------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|
| 被<br>保<br>険<br>者  | 被保険者番号              | 介護保険被保険者証の番号を記載します。   |  | 個人番号                   | 個人番号を記載します。                 |                            |   |
|   | フリガナ                | エドガワ タロウ  |  | 性別                     | 男・女                         |                            |   |
|   | 氏名                  | 江戸川 太郎  |  | 生年月日                   | 年 月 日                       |                            |   |
|   | 住所・電話               | 江戸川区 中央1-4-1  |  | 電話                     | 0000-0000                   |                            |   |
|   | 現在いる場所<br>認定調査を行う場所 | 該当に<br>名称:<br>住所:<br>電話:  | 該当する場所に をつけてください<br><small>（自宅・施設・病院・その他）自宅以外は住所等を記入</small> |                        | 1箇月以内の<br>退院退所予定            | 該当に<br>（ある・なし）<br>↓<br>月 日 | 入院・入所中の方で、申請から1箇月以内に、退院・退所予定のある方は、予定日を記入してください。 |
|   | 現在の認定               | 有効期間  | 要支援 1・2<br>年 月 日 ~   | 要介護 1・2・3・4・5<br>年 月 日 | 前回の要介護度に をつけて有効期間を記入してください。 |                            |   |
|   | 区分変更申請の理由           | 該当に（区分変更申請者のみ）（状態が著しく良くなっているから・状態が著しく悪くなっているから）   |  |                        |                             |                            | 区分変更申請のかたのみ記入してください。                            |
|   | 主<br>治<br>医         | フリガナ  | カイゴ ハコ   |                        | 最近の<br>受診日                  | 年 月 日                      |   |
|   |                     | 氏名  | 介護 花子  |                        | 受診の<br>頻度等                  | 月・週 1回程度                   |   |
|   |                     | 病院名   | 介護クリニック  |                        |                             | 次回受診予定 月 日                 |   |
| 住所・電話   |                     | 東京都 江戸川区 中央   |  | 電話 03                  |                             |                            |   |
| 40歳～64歳の方のみ、記入してください  |                     |   |  |                        |                             |                            | 40歳～64歳の方は必ず記入してください。                           |
|   | 医療保険者名              | 保険者番号   | 医療保険被保険者証<br>記号番号  |                        |                             |                            |   |
|   | 特定疾病名               |   |  |                        |                             |                            |   |
| 申<br>請<br>者   | 氏名                  | 本人との関係  |  | 本人・家族（続柄 / ）・その他（ ）    |                             |                            |   |
|   | 住所・電話               | 電話（昼間の連絡先）  |  |                        |                             |                            | 申請に関する連絡先は、原則、申請者です。                            |
| 代<br>行<br>者   | 名称                  | 該当に 熟年相談室（地域包括支援センター）・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設<br>指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・指定介護療養型医療施設<br>事業所 [ 担当者 子 ] |  |                        |                             |                            |   |
|   | 住所・電話               | 江戸川区 1-1-1  |  | 電話 0000-0000           |                             |                            |   |
| 調<br>査<br>連<br>絡<br>先   | フリガナ                | エドガワ 仔由   |  |                        |                             |                            |   |
|   | 氏名                  | 江戸川 一郎  |  | 本人との関係                 | 本人・家族（続柄 / 長男）・その他（ ）       |                            |   |
|   | 住所・電話               | 江戸川区 中央1-4-1  |  | 電話（昼間の連絡先） 0000-0000   |                             |                            |   |
| 介護保険・医療・保健・その他の福祉サービスの提供に必要なときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、要介護認定結果及び主治医意見書を、江戸川区から熟年相談室（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、介護保険施設の関係者、主治医意見書を記載した医師及び区役所内関係部署に提示することに同意します。 |                     |   |  |                        |                             |                            |   |
| 本人（被保険者）氏名 江戸川 太郎   |                     |   |  | 代筆者 子                  |                             |                            | 代筆をした場合は、本人の氏名を記入のうえ、代筆者（申請者）の氏名を記入してください。      |

## 申請する前のチェックリスト

- 被保険者氏名・個人番号・生年月日・住所・電話番号を記入しましたか？
- 現在いる場所の該当する場所に をつけましたか？（自宅以外の場所に居る場合は住所・電話を記入してください）
- 主治医の氏名（フルネーム）・病院名・所在地・受診日・頻度等を記入しましたか？
- 40歳～64歳の方は医療保険者名・保険者番号・医療保険被保険者証番号・特定疾病名を記入しましたか？
- 申請者の方や調査連絡先の氏名・住所・電話番号を記入しましたか？