

【申請できる人】本人、家族、4親等以内の親族、同一世帯の未届の夫・妻や同居人、後見人等。
【調査連絡先と同意欄】上記に加え、担当ケアマネ、施設職員、高齢者（地域包括）支援センター職員も可能。

介護保険 認定申請書

記入日	年 月 日	町田市長 宛 次のとおり申請します。 ※受付日は市に到達した日にちになります。	家族		
申請区分	<input checked="" type="radio"/> 新規・更新・区分変更 <small>要支援の間で変更を希望 又は要介護の間で変更を希望</small>	<input type="radio"/> 新規 <small>要支援から要介護に変更を希望 又は要介護から要支援に変更を希望</small>	※いずれかを丸で 囲んでください		
申請理由 ・伝言欄	○をつけてください ・状態が（改善・悪化）した ・サービス利用の（増・維持・減）希望 退院後、デイサービスでリハビリを受けたり、自宅に手すりをつけたい。				
被保険者本人	介護保険 被保険者番号	0 0 0 1 1 1 1 1 1 1 1 1	現在の 区分等	<input checked="" type="radio"/> なし・要支援（1・2） ・要介護（1・2・3・4・5） (有効期間 年 月 日迄)	
	フリガナ	マチダ イチロウ		明治・大正 <input checked="" type="radio"/> 昭和	
	氏名	町田市郎	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女	生年月日 ○年△月×日(〇〇歳)	
	住所	〒194-8520 電話番号 042(722)3111 町田市森野2-2-22			
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 自宅外	病院・施設名 町田市民病院 所在地 〒194-8520 電話番号 042(722)2230 町田市旭町2-15-41 1階 111号室	★事務処理欄★	
医療保険	保険者名	〇〇健康保険協会 △△支部	保険者番号	123456	
	被保険者証	記号 12345678 番号 1234567	枝番		
	・健康保険・共済保険・船員保険の場合、写しを添付してください。				
第2号被保険者	40歳から64歳の方は、特定疾病名を 記入してください	特定疾病名			
申請者	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ	住所	〒 - 電話番号 ()		
氏名	本人との関係()				
調査 連絡先	フリガナ 氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 町田 花子 本人との関係(妻)	調査の 同席	本人以外の方が認定調査に 1. 同席する(同席者: 町田 まち子) ・家族(続柄: 娘) ・ケアマネージャー ・施設職員 ・その他()	★事務処理欄★
	電話番号 (日中連絡先)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 090(0000)△△△△		2. 同席しない	
・電話で調査日程の連絡をします。平日8:30~17:00の間で連絡の取れる電話番号を記入してください。					
主治 医	医療 機関名	町田市民病院	主治医 氏名	介護太郎 (内 科)	
	所在地	〒 - <input checked="" type="checkbox"/> 入院・入所している病院・施設の所在地と同じ		受診状態	定期・不定期
	電話番号	()		最終受診月	○年△月
				次回受診予定日	年 月 日
同意欄	私は、以下1及び2に同意します。 本人氏名 町田市郎 本人氏名の 代筆者氏名 町田 花子 本人 との関係 妻 1 介護(予防)サービスの提供や医療行為等のため必要があるとき、町田市 2)へ伝えること。(同意しない場合、ご自身で町田市から情報を受領し、医師 2 【更新申請の方のみ】現在の有効期間内であれば、町田市が認定延期通 わかる範囲で記入してください。入院中の方は不要です。 師等(※ ります。)				
提出代行者 (居宅介護支援事業者等) 名称・所在地	事業者名	本人またはご家族等が申請される場合、 記入の必要はありません。		事業 所種 別	<input type="checkbox"/> 高齢者(地域包括)支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院

(※1) 認定調査の内容等＝認定調査の内容、認定審査会の判定結果・意見、主治医意見書の記載内容。
(※2) 医師等＝主治医意見書を作成した医師、高齢者支援センター、居宅介護支援事業所、居宅サービス事業所、介護施設の係り人。
(※3) 認定延期通知＝申請した日から30日以内に認定されない場合に、町田市が被保険者に対して、認定までに要する期間及び認定が遅れている理由をお知らせすること。

個人番号

★事務処理欄★ 2022年4月版

受付者名 ()	被保証回収 (有・無)	<input type="checkbox"/> 2号該当 医療保険被保険者証写し有
<input type="checkbox"/> コピー不要	<input type="checkbox"/> 特記事項	<input type="checkbox"/> 後見人有 登記事項証明書原本有
<input type="checkbox"/> 個人番号 添付書類確認		