

【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なります。		家族
申請区分	新規 ・更新・区分変更 要支援の間で変更を希望 又は要介護の間で変更を希望 新規区分変更 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 ※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 退院後、デイサービスでリハビリを受けたり、状態が（改善・悪化）した・サービス利用の（増・維持・減）希望 自宅に手すりをつけたい。				
介護保険被保険者番号	0 0 0 1 1 1 1 1 1 1		現在の区分等	・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		氏名	町田 市郎 (男) 女)	
氏名	町田 市郎		生年月日	明治・大正・昭和 ○ 年 △ 月 × 日 (○○ 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	☐ 自宅 ☒ 入院 ☐ 入所 ☐ 自宅外		病院・施設名	町田市民病院	
入院(所)期間	20△△ 年 1月10日～		年 月 日 (予定)	★事務処理欄★	
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					
医療保険	保険者名		〇〇健康保険協会 △△支部		保険者番号
被保険者記号・番号	記号		12345678		番号
1234567	番号		1234567		枝番
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	氏名		■被保険者本人と同じ		
住所	本人との関係()		■被保険者本人と同じ		
町田 花子	本人との関係(妻)		電話番号 ()		
調査連絡先	フリガナ氏名		本人以外の方が認定調査に		
町田 花子	本人との関係(妻)		1. 同席する(同席者: 町田 まち子)		
電話番号(日中連絡先)	090 (〇〇〇〇) △△△△		・家族(続柄: 娘) ・ケアマネジャー		
電話で調査日程の連絡をします。平日8:30～17:00の間で連絡をお願いします。	調査の同席		・施設職員 ・その他()		
2. 同席しない					
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	〒 -		■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		最終受診月		
〇 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、町田市が認定調査の内容等(※1)を医師等(※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、医師等に提供していただく場合があります。) 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知(※3)を省略すること。				
提出代行者	事業所名		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。		
(原宅介護支援事業者等) 名称・所在地	所在地		事業所種別		
電話番号			☐ 高齢者(地域包括)支援センター ☐ 居宅介護支援事業所 ☐ 特別養護老人ホーム ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院		

「区分変更」と「新規区分変更」の選択間違いが多いです。

有効期間の記入漏れが多いです。

病棟・病室は、入院中の病院で調査するときに必要な情報です。

2号被保険者の場合、更新申請の時でも特定疾病名の記入は必要です。

平日の昼間に電話が繋がる方。電話番号の間違い、数字が判別しにくい(5と6、6と0など)等で、連絡がつかないことがあります。

3ヵ月以内の受診であること。受診期間がいている場合などは、再受診や医療機関の変更をお願いすることがあります。

(※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、介護施設の係関係人。

(※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★ 2025年5月版

受付者名 ()	被保険回収 (有・無)	☐ 2号該当 医療保険被保険者証写し有
☐ コピー不要	☐ 特記事項	☐ 後見人有 登記事項証明書原本有