

# 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。<br>※受付日は市に到達した日にちになります。 |                                                                                              | 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<br>・状態が (改善・悪化) した ・サービス利用の (増・維持・減) 希望                                                                                                                                                              |                                                                                                                           |                                            |                                                                                              |                                                                   |
| 被保険者本人                                                                                                                                     | 介護保険被保険者番号                                                                                                                                                                                                     | フリガナ                                                                                                                      |                                            | 現在の区分等                                                                                       | ・なし ・要支援 ( 1 ・ 2 )<br>・要介護 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 )<br>(有効期間 年 月 日迄) |
|                                                                                                                                            | 氏 名                                                                                                                                                                                                            | (男・女)                                                                                                                     |                                            | 生年月日                                                                                         | 明治・大正・昭和<br>年 月 日 ( 歳 )                                           |
|                                                                                                                                            | 住 所                                                                                                                                                                                                            | 〒 -                                                                                                                       |                                            | 電話番号                                                                                         | ( )                                                               |
|                                                                                                                                            | 現在の居所                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 自宅<br><input type="checkbox"/> 入院<br><input type="checkbox"/> 入所<br><input type="checkbox"/> 自宅外 | 病院・施設名<br>所在地                              | 入院(所)期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)                                                                   | 電話番号 ( ) 階 号室                                                     |
|                                                                                                                                            | 医療保険                                                                                                                                                                                                           | 保険者名                                                                                                                      | 被保険者記号・番号                                  | 記号                                                                                           | 番号                                                                |
|                                                                                                                                            | 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                                                                                                                                                                                                            | 住所                                                                                                                        |                                            | 電話番号 ( )                                                                                     |                                                                   |
| 調査連絡先                                                                                                                                      | フリガナ氏 名                                                                                                                                                                                                        | 本人との関係 ( )                                                                                                                |                                            | 調査の同席<br>本人以外の方が認定調査に<br>1. 同席する (同席者: )<br>・家族(続柄: ) ・ケアマネジャー<br>・施設職員 ・その他 ( )<br>2. 同席しない |                                                                   |
|                                                                                                                                            | 電話番号 (日中連絡先)                                                                                                                                                                                                   | ( )                                                                                                                       |                                            |                                                                                              |                                                                   |
| ・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                                                                                                                                                                                                          | 主治医氏名                                                                                                                     |                                            | ( 科 )                                                                                        |                                                                   |
|                                                                                                                                            | 所在地                                                                                                                                                                                                            | 〒 -                                                                                                                       |                                            | 受診状態                                                                                         |                                                                   |
|                                                                                                                                            | 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。<br>本人氏名 本人氏名の代筆者氏名 本人との関係<br>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。)<br>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 (居宅介護支援事業者等) 名称・所在地                                                                                                                  | 事業所種別                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                           | 事業所種別                                      |                                                                                              |                                                                   |
| 提出代行者 (居宅介護支援事業者等) 名称・所在地                                                                                                                  | 事業所種別                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                           | 事業所種別                                      |                                                                                              |                                                                   |
| ★事務処理欄★ 2025年5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"/> 個人番号 添付書類確認 <input type="checkbox"/> 後見人有 登記事項証明書原本有 |                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                           |                                            |                                                                                              |                                                                   |

(※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