

【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、後见人等。
 【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="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 新規区分変更 <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	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。 ○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					
被保険者本人	介護保険被保険者番号	000111111111		現在の区分等	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援(1・2) <input type="checkbox"/> 要介護(1・2・3・4・5)	
	フリガナ	マチダ イチロウ		(有効期間)	年 月 日迄	
	氏名	町田市郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	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 入院(所)期間 20△△年 1月 10日～ 年 月 日(予定)	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 ○○健康保険協会 △△支部	被保険者記号・番号 記号 12345678 番号 1234567	保険者番号 123456	支番号		
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	<input checked="" type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 氏名 住所 〒 () 電話番号 ()		<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ			
調査連絡先	フリガナ氏名 町田 花子 本人との関係(妻)	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ <input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 電話番号(日中連絡先) 090 (○○○○) △△△△	調査の同席 <input checked="" type="checkbox"/> 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) ・ケアマネジャー ・施設職員 ・その他()	★事務処理欄★		
主治医	3ヵ月以内に受診又は今後受診予定の医療機関等をご記入ください。医師への文書依頼及び手数料の支払いは町田市が行います。また、医療機関の意向により、医療機関内で意見書作成医が変更となる場合がありますので、予めご了承ください。					
	医療機関名 町田市民病院	主治医氏名 介護太郎	(内)			
	所在地 〒 ()	受診状態 定期・不定期	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に必要があるとき、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。 ※ 提出者が本人又は家族の場合は記入の必要はありません。					
提出代行者	事業者名 所在地 電話番号		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			
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。						
(※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、町田市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報。 (※2)医師等＝主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業所、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。) (※3)認定延期通知＝申請日から30日以内に認定されない場合、町田市が被保険者に対して、認定までの見込期間及び延期理由を通知すること。						
★事務処理欄★ 2026年4月版						
受付者名 () <input type="checkbox"/> コピー不要 <input type="checkbox"/> 特記事項	被保証回収(有・無) <input type="checkbox"/> 個人番号 添付書類確認	<input type="checkbox"/> 2号該当 医療保険資格確認書写し有 <input type="checkbox"/> 後見人有 登記事項証明書原本有				

「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。

本人が署名する場合は、「本人氏名」のみ、代筆者が署名する場合は、「本人氏名」「代筆者氏名」「本人との関係」のすべてに記入してください。