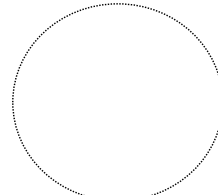


# 介護保険 認定申請書



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	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>	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	○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	0 0 0	現在の 区分等
	フリガナ		(有効期間 年 月 日迄)
	氏名	(男・女)	生年 月日
	住所	〒 -	明治・大正・昭和 年 月 日 ( 歳)
	現在の居所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 入院 <input type="checkbox"/> 入所 <input type="checkbox"/> 自宅外	病院・ 施設名 所在地 〒 -
医療保険	保険者名	被保険者 記号・番号	保険者番号
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	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 住所	<input type="checkbox"/> 被保険者本人と同じ 電話番号 ( )
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 本人との関係 ( )	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: ) ・家族(続柄: ) ・ケアマネジャー ・施設職員 ・その他 ( ) 2. 同席しない ★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 ( ) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> その他	
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	主治医 氏名	( 科)
	所在地	〒 - <input 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 最終受診月 次回受診予定日
同意欄	私は、以下1及び2に同意します。 本人氏名 本人氏名の 代筆者氏名 本人 との関係		
提出代行者 (居宅介護支援事業者等) 名称・所在地	事業者名 所在地 電話番号 ( )	担当者 ( )	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、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	個人番号	
受付者名 ( )	被保証回収 (有・無)	<input type="checkbox"/> 2号該当 医療保険資格確認書写し有	
<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