

区 処 理 欄	資格	事業自用										1号板	
	要介護認定	/			/	/	2	/					

- ・介護保険要介護認定・要支援認定申請書
- ・介護保険被保険者証（お手元がない場合は、なくても申請できます）

申請区分		1 新規申請		2 更新申請		3 区分変更申請		4 転入申請 転出申請	
被 保 険 者	被保険者番号	1	0	0	2	2	2	2	2
	フリガナ	ネリマ ハナコ							
	氏 名	練馬 花子							
	住 所	練馬区 豊玉北 03 (〇〇〇) 〇〇〇							
	現在の要介護認定区分	要支援 1							
有 効 期 間	令和 3 年 4 月 1 日 から 令和 7 年 3 月 31 日								
申 請 理 由	脳出血で入院、6月末に退院予定。サービスの増加が考えられ、								

転出自自治体へお送りください。

ショートステイなどの一時的な滞り場所での調査をご希望の場合は、ご相談ください。また、入院中の場合は病棟名・号室を必ずご記入ください。記載例：○●病院 東病棟3階301号室

平日昼間（午前8時30分～午後5時15分）に連絡のつく電話番号をご記入ください。

認 定 調 査	調査場所	在宅 ☒ 病院 ☐ 入院施設	病院・入院施設名	練馬区役所病院	氏名・番号	30	調査の日程、連絡方法について、伝えたいことがあれば、備考にご記入ください。
	住所	練馬区 石神井町 ○-○-○					
	電話番号	03 (○○○○) ○○○○					
	立会い希望	なし ☐ ☒ あり	連絡のみ希望	氏名	練馬 つつじ	本署の関 係	
連 絡 先 電 話 番 号	090-○○○○-○○○○	03-	-○○○○	備考	日中は仕事をし 携帯に出ない 連絡をしてくだ		
	自宅 ☐ ☒ 携帯	勤務先	自宅 携帯 ☒ 勤務先				
電話番号は、平日の日中に連絡を取れる番号をご記入ください。							

主治医	医療機関名	練馬区役所病院		診療科目	脳外科	通院	前回受診日	場合があります。 事前にご確認ください。 公平性の観点から、二親等以内の 親族が主治医になることはお勧め していません。
			主治医名	大泉 太郎	医師	往診	次回受診日	
	所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○-○-○				入院	5 年	
	電話番号	03 (○○○○)○○○○				入所	年 月 日	

医療保険に加入している方は、必ず記入してください。				
医療保険者名	練馬区	医療保険者番号	131201	医療保険被保険者の記号・番号
被保険者名	練馬 花子		介護保険被保険者の医療保険資格取得年月日	

加入している医療保険について記載する項目です。
後期高齢者医療被保険者の場合、つぎのとおり記入してください。

- ・医療保険者名：東京都後期高齢者医療広域連合
- ・医療保険者番号：3913

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の場合、特定疾病名を必ず記入してください。

特定疾病名	40歳から64歳の方は

・医療保険被保険者の記号・番号・枝番：8桁の被保険者番号

介護(介護予防)サービス計画の作成
要支援認定に係る調査内容、介護認定
宅介護支援事業者ほか、介護保険サービス提供事業者の関係人および主治医意見書を作成した医師に
同意しない場合は、右の□に を記入してください。 □ 同意しない

必ず記入してください。

時(健康状況の把握)に必要があるときは、要介護認定・
主治医意見書を練馬区
申請者は、原則本人または家族等となります。
また、申請者が本人でない場合、氏名・住所を

申請者	申請者が本人の場合は、住所、電話番号の記載は不要です。		氏名	練馬 花子
	住所	〒 電話番号 ()		

また、申請者が学生でない場合、氏名・住所を必ずご記入ください。

成年後見人が申請者となる場合は、登記事項証明書等の写しの添付が必須です。

提出代行者	種別	地域包括支援センター・ <u>指定居宅介護支援事業者</u> ・指定介護老人福祉施設・ <u>指定介護老人福祉施設（特別型）</u>		提出代行者が申請書を作成する場合も、申請者（本人または家族等）を必ず記入してください。
	名称	種別に記載されている事業者のみ提出代行者となります。 上記の種別に該当しない場合には、提出代行者欄の記入は不要です。		
	所在地	〒117-0041 練馬区 石神井町 ○-□ 担当		
	電話番号	03 (○○○○)○○○○ 被保険者の担当ケアマネージャー（事業者）ですか はい/いいえ		

被保険者の個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

本人確認
済・未
端未確認

☐ 本人委任なし ☐ 確認書類不足
☐ 番号記載不可

忘れずに○をつけてください。

問い合わせ・申請書送付先
練馬区高齢施策担当部介護保険課 介護認定第一係 宛
〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1
電話 03-5984-2867(係直通)

忘れずに○をつけてください。

事業者用 2号被保険者用

要介護認定・要支援認定 申請書の記入方法と記入例

区 処 理 欄	資格・被保険 者種別	書類確認 申請入力	主治医 在入 2	特 定	調査 日	
介護保険要介護認定 練馬区	該当する申請区分に○をつけて ください。	申請日 令和 3 年 4 月 1 日	介護保険被保険者証の添付 (あり)・なし			
申請に必要なもの - 介護保険要介護認定・要支援認定申請書 - 介護保険被保険者証（お手元がない場合は、なくても申請できます） 40歳～64歳の方は、医療保険の被保険者証（有効期限のあるもの） 資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください。						
申請区分	1 新規申請	2 更新申請	3 区分変更申請	4 転入申請	転出元自治体(市区町村名)	
被保険者番号	1 0 0 2 2 2 2 2 2 2	転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中 ください。申請日 令和 3 年 4 月 1 日				
フリガナ	ネリマ ハナコ					
氏名	練馬 花子					
住所	練馬区 豊玉北 - ○ - □					
電話番号	03 (○○○○) ○○○○					
現在の要介護認定区分	要支援 1・2					
有効期間	令和 3 年 4 月 1 日から 令和 7 年 3 月 31 日					
申請理由	脳出血で入院、6月末に退院予定でサービスの増が考えられるため					
調査場所	在宅 (病院) 入院施設	病院・入院施設名 練馬区役所病院				
住所	練馬区 石神井町 ○ - ○ - ○					
電話番号	03 (○○○○) ○○○○					
立会い希望	なし (あり) 連絡のみ希望	氏名	練馬 つつじ			
連絡先電話番号	090 - ○○○○ - ○○○○	03 -	- ○○○○			
自宅 (携帯) 勤務先	自宅 携帯 (勤務先)					
電話番号は、平日の日に連絡を取れる番号をご記入ください。	平日日中は仕事をしていたり、携帯に出ない場合、連絡をしてください。					
主治医 機関名	練馬区役所病院		診療科目	脳外科		
所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○ - ○ - ○		主治医名	大泉 太郎 医師		
電話番号	03 (○○○○) ○○○○		通院	前回受診日	5 年 10 月	
			往診	次回受診日		
			入院	5 年 10 月		
			入所			
医療保険に加入している方は、必ず記入してください。						
医療保険者名	練馬区	医療保険者番号	131201	医療保険被保険者の記号・番号・枝番	記号 99 番号 99 枝番 99	
被保険者名	練馬 花子		介護保険被保険者の医療保険資格取得年月日	平成18年4月1日		
第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)の場合、特定疾病名を必ず記入してください。						
特定疾病名	40歳から64歳の方は必ず記入してください。					
介護(介護予防)サービス計画の作成(健康状況の把握)に必要なときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、介護認定・要支援認定の調査結果、主治医意見書を練馬区から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者ほか、介護保険サービス提供事業者の関係人および主治医意見書を作成した医師に提示する。同意しない場合は、右の□に記入してください。						
申請者	申請者が本人の場合は、住所、電話番号の記載は不要です。		氏名	練馬 花子		
住所	〒 電話番号 ()					
下記の事業者が提出代行する場合は、つぎの欄に記入してください。						
提出代行 者種別	地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護保険サービス提供事業者					
名称	種別に記載されている事業者のみ提出代行者となれます。上記の種別に該当しない場合には、提出代行者欄の記入は不要です。					
所在地	〒 練馬区 石神井町 ○ - ○ - ○					
電話番号	03 (○○○○) ○○○○					
被保険者の個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	本人確認	済・未 確認	本人委任なし	確認書類不足	
				番号記載不可		

申請に必要なもの

- 介護保険要介護認定・要支援認定申請書
- 介護保険被保険者証（お手元がない場合は、なくても申請できます）
- 40歳～64歳の方は、**医療保険の被保険者証（有効期限のあるもの）**
資格確認書または資格情報のお知らせの写しを添付してください。

ショートステイなどの一時的な滞り場所での調査をご希望の場合は、ご相談ください。
また、入院中の場合は病棟名・号室を必ずご記入ください。
記載例：○●病院 東病棟3階301号室

平日昼間（午前8時30分～午後5時15分）に連絡のつく電話番号をご記入ください。

調査の日程、連絡方法について、伝えたいことがあれば、備考にご記入ください。

申請日から概ね10日以内に受診し、受診時は主治医へ「介護保険の認定申請をしました」と伝えてください。
眼科、耳鼻科、皮膚科では、主治医意見書を記入してもらえない場合があります。
事前にご確認ください。
公平性の観点から、二親等以内の親族が主治医になることはお勧めしていません。

申請者は、原則本人または家族等となります。また、申請者が本人でない場合、氏名・住所を必ずご記入ください。

成年後見人が申請者となる場合は、登記事項証明書等の写しの添付が必須です。

提出代行者が申請書を作成する場合も、申請者(本人または家族等)を必ず記入してください。

個人番号（マイナンバー）がわからない等、記入が困難な場合は、空欄のまま提出してください。

問い合わせ・申請書送付先
練馬区高齢施策担当部介護保険課 介護認定第一係 宛
〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1
電話 03-5984-2867（係直通）

忘れずに○をつけてください。