

〈事業者用〉 記入例と記載方法

申請をする場合は、介護保険被保険者証をご提出ください。
※40歳～64歳の方は、医療保険（国民健康保険など）の
保険証の写しを添付してください。

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書
練馬区長 あて
次のとおり申請します。

該当する申請区分に○
をつけてください。

令和元年 5月 7日

被保険者証の添付 あり ・ なし

申請区分	1 新規申請	2 更新申請	<input checked="" type="radio"/> 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	被保険者番号	1 0 0 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の方は、申請日をご記入ください。申請日 平成・令和 年 月 日			
	フリガナ	ネリマ ハナコ			生 年 月 日	性 別
	氏 名	練馬 花子			明・大・昭 9 年 1 月 1 日 (84 歳)	男・女 <input checked="" type="radio"/>
	住 所	練馬区 豊玉北 △-○-□				
者	現在の要介護認定区分	要支援 1 ・ 2			要介護 1 <input checked="" type="radio"/> ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	有 効 期 間	平成 令和 29 年 6 月 1 日 から 平成 令和 31 年 5 月 31 日まで				
	申 請 理 由	脳出血で入院、4月末に退院予定でサービスの増加が考えられるため				
認 定 調 査	調査場所	・在宅 <input type="radio"/> ・病院 <input checked="" type="radio"/> ・入所施設 <input type="radio"/>		病院・入所施設名	練馬区役所病院	
		住 所		練馬区 石神井町 ○-○-○	病 室・号室	
		電話番号		03 (0000) 0000	302号室	
査	立会い希望	・なし <input type="radio"/> ・あり <input checked="" type="radio"/> ・連絡のみ希望 <input type="radio"/>		氏名	練馬 桜子	
	連絡先電話番号	① 090-0000-0000		② 030-△△△△-0000	備 考	
		・自宅 <input checked="" type="radio"/> ・携帯 <input type="radio"/> ・勤務先 <input type="radio"/>		・自宅 <input type="radio"/> ・携帯 <input checked="" type="radio"/> ・勤務先 <input type="radio"/>	日中は仕事をしていますので、 携帯に出ない場合は、勤務先に 連絡してください。	
※電話は平日の日中に連絡が取れる電話番号をお願いします。						

申請理由を具体的に記入してください。

ショートステイなどの一時的な滞在場所での調査をご希望の場合は、ご相談ください。

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。

通院日を必ず記入してください。前回受診日から1か月半経過している場合は、申請日から概ね10日以内に受診してください。
◎眼科、耳鼻科、皮膚科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、二親等以内の親族は主治医になれません。

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	月 日
		主治医名		大泉 太郎	医師	往診	次回受診日	月 日
	所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○-○-○		入院	30年 2月 15日～			
		電話番号		03 (0000) 0000	入所	年 月 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、必ず記入してください。◆医療保険の保険証の写しを添付してください。

医療保険者名	医療保険の記号番号	被保険者氏名	特定疾病名
医療保険者番号			
介護保険被保険者の医療保険資格取得年月日	年 月 日		

介護（介護予防）サービス計画の作成および介護（介護予防）サービス利用時（健康状態の把握）に必要があるときは、要支援認定に係る調査内容、要介護認定審査会による判定結果・意見および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ことに同意します。同意しない場合は、右の□に✓をしてください。 □ 同意しない

40歳から64歳の方は、必ず記入してください。

申請者は原則、本人または、家族となります。

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	本人との関係	本人
	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	種 別	該当に○を付けてください。	地域包括支援センター <input type="radio"/> ・ 居宅介護支援事業者 <input checked="" type="radio"/> ・ 指定介護老人福祉施設 <input type="radio"/>
	名 称	練馬区役所居宅介護支援事業所	介護老人保健施設 <input type="radio"/> ・ 指定介護療養型医療施設 <input type="radio"/> ・ 介護医療院 <input type="radio"/>
	所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○-△-□	担当者名: 光が丘 桃子
		電話番号	03 (0000) 0000 被保険者の担当ケアマネージャー(事業者)ですか ⇒ はい <input checked="" type="radio"/> ・ いいえ <input type="radio"/>
			印 介護保険事業者番号

これらに該当しない事業者は提出代行者にはなりません。押印必要。

忘れずに○をつけてください。

被保険者の個人番号	本人確認済	済・未	未確認

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 介護認定係 あて
〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1
電話 03-5984-2867 (直通)
03-5984-4590 (直通)