

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、必ず医療保険（国民健康保険など）の保険証の写しを添付してください。（65歳以上の方については任意ですが、医療保険に係る情報の記載は忘れずにお願いいたします）

練馬区長 あて
つぎのとおり申請します。

令和 年 月 日 介護保険被保険者証の添付 あり

該当する申請区分に○をつけてください。

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。
また、入院中の場合は病棟名・号室を必ずお書きください。

申請区分	1 新規申請	2 更新申請	3 <input checked="" type="checkbox"/> 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	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 申請日 令和 年 月		
フリガナ	ネリマ ハナコ			生年月日
氏名	練馬 花子			明・大(昭)25年1月1日(72歳)
住所	練馬区 豊玉北 -○-			申請理由は必ず具体的に記入してください。
電話番号	03(0000)			
現在の要介護認定区分	要支援 1・2			要介護 ①・③・④
有効期間	令和3年12月1日から			令和4年11月3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加が考えら			

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。

調査場所	在宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院施設	病院・入院施設名	練馬区役所病院		病棟名・号室	302号室
住所	練馬区 石神井町 ○-○-○					
電話番号	03(0000)0000					
立会い希望	なし <input checked="" type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/>	連絡のみ希望	氏名	練馬 つつじ		本人との関係
連絡先電話番号	090-0000-0000	03-				日中は仕事をしていますの携帯に出ない場合は勤務先連絡をしてください。
自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 勤務先	自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input checked="" type="checkbox"/> 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。						

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
所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○-○-○	主治医名	大泉 太郎	医師	往診	次回受診日	月
電話番号	03(0000)0000				<input checked="" type="checkbox"/> 入院	3年5月15日-	月
					<input checked="" type="checkbox"/> 入所	年	月

医療保険に加入している方は、必ず記入してください。また、医療保険の被保険者証の写しを添付してください。							
医療保険者名	練馬区	医療保険者番号	131201	医療保険被保険者証の記号・番号・枝番	記号	番号	枝番
					99	99	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			

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および介護(介護予防)サービス利用時(健康状況要支援認定に係る調査内容、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、在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		

医療保険の保険証の内容を記載する項目です。忘れずに記入をお願いいたします。
介護保険の被保険者証の内容ではありませんのでご注意ください。

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	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。

種別	地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input checked="" type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設
名称	練馬区役所居宅介護支援事業所
所在地	〒177-0041 練馬区 石神井町 ○-○-○
電話番号	03(0000)0000
被保険者の個人番号	
本人確認	済・未 済

申請者は原則、本人または家族等となります。氏名・住所を必ずご記入ください。後見人が申請者となる場合は、登記事項証明書等の写しを添付してください。

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 あて
〒176-8501 練馬区豊玉北6-12-1
電話 03-5984-2867 (第一係直通)

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。

忘れずに○をつけてください。