

【介護保険(新規)認定申請 記入例】

介護保険（新規）認定申請書

(宛先) 昭 島 市 長

次のとおり申請します。

申請日を必ず記入

受付印

申請年月日 令和3 年 1 月 1 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号 (マイナンバー)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2										
	医 療 保 険	保険者名	昭島市										保険者番号		138305									
		被保険者 記号・番号	記号	33-55					番号	1234					枝番	1								
	フリガナ		アキシマ タロウ										生年月日		○ 年 ○ 月 ○ 日									
	氏 名		昭島 太郎										性 別		男 ・ 女 88 歳									
	住 所		〒196 - ○○○○ 東京都昭島市○○町○-○-○										電話番号 042 - ○○○ - ○○○											
(現在の所在地 で該当するもの に○)		※上記以外の住所(病院・施設等)にいる方は、下の欄に記入してください。 病院名 または 施設名 〒										※入院中・施設入所中等の方はそちらで調 査しますので名称・住所地等をご記入くださ い。自宅の場合は記入は不要です。 電話番号												

個人番号(マイナンバー)
がわからない場合は、
未記入の場合も申請を
受理します。

医療保険(健康保険)
情報を記入してください。
※40歳から64歳の方は、
医療保険証(有効期間内
のもの)または医療保険の
資格が確認できる書類(資
格確認書、資格情報のお
知らせ)のコピーも合わせ
て添付し、下記の特定期
病名も記載してください。

認 定 調 査	調査時の立会い希望 (どちらかに○)		あり ・ なし		連絡をとりやすい 時間帯		午前中	
	立会う方	フリガナ 氏 名	アキシマ ハナコ 昭島 花子		本人との関係 (長女)		電話番号 042 - ○○○ - ○○○	

申請される方が被保険者ご本人以外の場合は記入してください。

申 請 者	申請者氏名	昭島 花子		本人との関係		長 女	
	住 所	〒196 - ○○○○ 東京都昭島市田中町○-○-○		電話番号 042 - ○○○ - ○○○			
	提出代行者 (事業者が提出す る場合は記入)	該当に○(地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設のうち、厚生労働省令で定めるもの) ※提出代行事業者の方はご記入ください。代行を頼まない場合は不要です。					

退院・転院の予定がある
場合は記入してください。

調査に立会いを希望され
る場合は必ずご記入くだ
さい。

主 治 医	医療機関名	○○ 病院		診療科目名		内 科	
	主治医氏名 (フルネーム)	昭島 良夫		最終受診日		R2 年 12 月 24	
				次回受診予定日		R3 年 1 月 30 日	
所在地		〒196 - ○○○○ 東京都昭島市○○町○-○-○		電話番号 042 - ○○○ - ○○○○			

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。

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記載

特定疾病名	※該当の方のみ記入してください。(16の疾病が該当します。)	
-------	--------------------------------	--

市から病院へ依頼します。
病院・医師の名前(フル
ネーム)を記入してください。

※介護保険システムは、介護保険の運用のために必要がある時は、要介護認定・介護支援認定にかかる調査内容、

介護保険システムに記入する情報(氏名、住所、生年月日、性別、年齢、電話番号、医療機関名、診療科目名、主治医氏名、主治医氏名(フルネーム)、所在地、電話番号、特定疾病名)を昭島市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービスセンター等に提出し、介護保険システムに記入することについて、この申請をもって同意します。

また、介護保険システムに記入する情報(氏名、住所、生年月日、性別、年齢、電話番号、医療機関名、診療科目名、主治医氏名、主治医氏名(フルネーム)、所在地、電話番号、特定疾病名)を昭島市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービスセンター等に提出し、介護保険システムに記入することについて、この申請をもって同意します。

40歳～64歳までの方は、
該当する病名を記載してください。

上:被保険者本人の名前
下:代筆した方の名前

本人署名	昭島 太郎
代筆者署名	昭島 花子 (長女)

かかりつけの主治医など
被保険者本人の現在の
状態を最もよく理解して
いる医師(医療機関)を
記入してください。

<問い合わせ先>

保健福祉部介護福祉課 認定係

電話番号 042-544-5111 内線2142 2143 2155