

【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

介護保険 被保険者番号					個人番号 (マイナンバー)	123456789012						
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			
被 保 険 者	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	〒196-0000 東京都昭島市○○町○-○-○				電話番号	042-000-0000					
(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。											
入院中 入所中 その他	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。				退院・転院の予定がある場合は記入してください。 (月 日 退院・転院 予定)						
	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

退院・転院の予定がある
場合は記入してください。

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	〒196-0000 東京都昭島市田中町○-○-○		電話番号	042-000-0000	
	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。				

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日	
	所在地	〒196-0000 東京都昭島市○○町○-○-○		次回受診予定日	R3年 1月 30日	

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(新規)認定申請書の提出は、申請書の提出と併せて、主治医意見書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する必要があります。主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員が署名することについて、この申請をもって同意します。なお、記載された事項は介護保険システムのコンピュータに記載されます。

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 本人との関係 (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