

記入見本

介護保険 要介護認定・要支援認定

必ず「認定調査連絡票」もご提出ください。

東大和市長 殿

次のとおり申請します。

(申請日は市が受理した日となります)

介護保険被保険者証を添付してください(40~64歳の新規申請者を除く)

更新の方のみ 申請日から30日以内に認定結果が出なかった場合に通知を希望 該当する申請区分に○をしてください。(☑がない場合や更新申請以外の申請区分については通知させていただきます。)

被保険者	介護保険被保険者番号	※記入がない場合でも受付いたします。				申請区分	新相 . 更新 . 変更								
	マイナンバー	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	0	0	変更理由	変更申請の場合は必ず記入してください。
	医療保険	保険者名	加入している医療保険の名称・番号、被保険者の記号・番号を記入してください。 ※記入方法は次ページをご覧ください。記入がない場合でも受付いたします。												
		被保険者証	記号	12-34			番号	12345678			枝番	1			
	ふりがな	ひがしやまと はなこ				生年月日	明・大・ 昭 2年 3月 4日 (00 歳)								
	氏名	東大和 花子				性別	男 . 女								
住所	〒 207 - 8585 東大和市中央 3 丁目 930 番地				住民票上の住所を記入してください。 電話番号 042-563-2111										
介護保険施設・医療機関等入院・入所の有無(短期入所を除く)	有 <input type="checkbox"/>	無 <input checked="" type="checkbox"/>	名称	所在地			年 月 日から 入院・入所中 施設入所、病院に入院中の場合は記入してください。 電話番号								

主治医	医療機関名	〇〇病院			かかりつけ医や本人の心身の状況をよく理解している医師等1名の情報を記入してください。 ※事前に主治医に申請することを伝えると手続きがスムーズに進みます。 ※主治医欄は医師が記入する必要はありません。 ※直近で受診のない場合は作成が困難な可能性がありますので医師に相談ください。
	診療科目名	〇〇科			
	主治医の氏名(1名のみ)	東 大和			
	所在地	207 - 0015 東大和市中央 1 丁目 9 0 0 番地 電話番号 042-000-0000			

申請者	<input type="checkbox"/> 本人					
	<input checked="" type="checkbox"/> 代理人	ふりがな	ヒガシヤマト タロウ		本人との関係	長男
		代理人氏名	東大和 太郎		申請する方の氏名、住所、電話番号を記入してください。	
		住所	〒207-0015 東大和市中央 4-5-0		※事業者は事業所名、住所、電話番号を記入してください。	
<input type="checkbox"/> 提出代行	※該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業型医療施設・介護医療院)事業者名称・住所等					

2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入※医療保険証のコピーが必要です。

特定疾病名	
-------	--

ケアマネージャー、主治医等に情報提供することに同意する場合は記入してください。
※本人以外が代筆する場合は、本人氏名・代筆者氏名どちらも記入してください。

本人氏名	東大和 花子	
代筆者氏名	東大和 太郎	
	本人との関係 (長男)	

◆医療保険欄記入例

医療 保 険	保険者名	東大和市 ①		保険者番号	12345678 ②		
	被保険者証	記号	12-34 ③	番号	12345678 ④	枝番	1 ⑤

例) 後期高齢者医療保険証

後期高齢者医療被保険者証		有効期限
被保険者番号 ④ 1 2 3 4 5 6 7 8		令和○年○月○日
住所 東大和市中央三丁目930番地		
氏名	東大和 花子	
生年月日	昭和△年△月△日	性別 女
資格取得年月日	平成◇年◇月◇日	
発行期日	平成◇年◇月◇日	
交付年月日	令和×年×月×日	
一部負担金の割合	1割	
保険者番号 ②	3 9 1 3 2 2 0 4	
保険者名 ①	東京都後期高齢者医療広域連合	

※後期高齢者医療被保険者証をお持ちの方は①保険者名、②保険者番号、④番号欄のみ記入してください。

例) 国民健康保険被保険者証

東京都		有効期限	令和○年○月○日
国民健康保険			
被保険者証	③ 記号	1 2 - 3 4	④ 番号 5 6 7 8 ⑤ (枝番) 0 1
氏名	東大和 花子		
生年月日	昭和△年△月△日	性別 女	
適用開始年月日	令和◇年◇月◇日		
交付年月日	令和×年×月×日		
住所	東大和市中央三丁目930番地		
世帯主氏名	東大和 太郎		
保険者番号 ②	1 3 8 4 3 8		
保険者名 ①	東大和市		