

# ご記入のポイント!

## 認定・要支援更新認定等 申請書

国立市長 様  
次のとおり申請します。

新規  更新  区分変更  
 要支援者の要介護

※該当する申請区分に  
レチェックしてください。

被 保 険 者	被保険者番号	0000	申請年月日	令和 年 月 日
			個人番号	2
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	氏名		年齢	歳 性別 男・女
	住所	〒	(電話番号)	- -
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 経過的要介護 要支援状態区分 1 2	1	
	入所中・入院中の場合のみ記入	入所・入院の名称等・所在地	4	期間 年 月 日 ~ 年 月 日
者	医療保険	保険者名	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療広域連合 (東京都) <input type="checkbox"/> 国民健康保険 (国立市)	
			<input type="checkbox"/> その他 ※保険証のコピーを添付してください。 5	
		被保険者証 記号	番号	枝番

提出 代 行 者	名称	該当に○ (地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)
	住所	〒 (電話番号)

主治 医	主治医氏名	医療機関名	最終受診日
	所在地	( )科	年 月 日

第2号被保険者 (40歳から64歳) のみ記入し、必ず医療保険証のコピーを添付してください。

特定疾病名	8
-------	---

介護サービス計画又は介護予防サービス計画等の作成及び認定調査のために必要があるときは要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を国立市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者若しくは介護保険施設の関係人、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 (受託事業者を含む) に提示することに同意します。

本人氏名

代筆者氏名

連絡先電話番号

9	続柄
---	----

- ①既に認定を受けている方は、水色の介護保険証をご確認の上、ご記入ください。
- ②個人番号が空欄でも申請書提出は可能です。必要書類が整わない場合は、番号は空欄にしてください。申請を受けようとする方の個人番号 (マイナンバー) をご記入ください。ただし番号を記載した場合は申請時に身分証明書、個人番号の分かるものなど確認書類が必要です。
- ③介護認定を受けるご本人の情報をご記入ください。
- ④現在入所や入院がある場合は、ご記入ください。
- ⑤保険者名を「その他」にチェックした方のみ、医療保険被保険者証記号・番号・枝番記入し、保険証のコピーを添付して下さい。(65歳以上の方は、保険証のコピーの添付がなくても申請書提出は可能です。)
- ⑥事業所や施設の方が代行提出される場合のみ、こちらにもご記入ください。押印は不要です。
- ⑦主治医意見書の記入を依頼する医療機関名、主治医の氏名及び診療科を記入してください。依頼は国立市が行います。
- ⑧64歳以下の方のみご記入ください。その際に医療保険証のコピーを必ず添付してください。(指定された病名以外での病名では、申請することができません。)
- ⑨記載内容をお読みいただき、同意される場合には、被保険者氏名等ご記入ください。