

# ご記入のポイント!

## 介護保険 要介護認定・要支援認定 要介護更新認定・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 者	被保険者番号	0000	申請年月日	令和 2 月 日
	フリガナ		個人番号	2
保 険 者	氏名		生年月日	明・大・昭 年 月 日
	住所	〒	年齢	歳 性別 男・女
前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	1	1 2 3 4 5	経過的要介護	要支援状態区分 1 2
	有効期間	平成・令和 年 月 日 から 平成・令和 年 月 日		
入 所 中 ・ 入 院 中 の 場 合 の み 記 入	入所・入院の名称等・所在地	3	期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	医療保険	<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（医療保険者名称： 4 （医療保険者番号： ）	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・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	〒	年 月 日

**【40歳～64歳の方】 特定疾病名をご記入ください。**

特定疾病名	7
-------	---

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営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、主治医意見書、国立市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、

本人氏名	8
代筆者氏名	続柄
連絡先電話番号	

- 「被保険者番号」、「前回の要介護、認定の結果等」について
  - 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。
- 個人番号について
  - 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、番号は空欄にしてください。**
  - 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。
- 現在入所や入院がある場合は、ご記入ください。
- 医療保険について
  - 保険者名を「**その他**」にチェックした方
  - ⇒医療保険被保険者証の**(1) 記号、(2) 番号、(3) 枝番**もご記入ください。
- 提出代行者について
  - 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。
- 主治医について
  - 主治医意見書の記入を依頼する主治医の氏名、医療機関名及び診療科をご記入ください。**依頼は国立市が行います。**
- 特定疾病名について
  - 64歳以下の方のみ**ご記入ください。
- 「個人情報の提示」の同意について
  - 記載内容をお読みいただき、**同意される場合**には、ご記入ください。