

【記入例】

介護保険（要介護認定・要支援認定）申請書

新規

平成 年 月 日

区長 殿
ひとより申請します。

被保険者番号		フリガナ 申請者氏名	コウトウ ハチコ 江東 華子
住所	江東区 東陽4-11-28 江東ハイツ602	本人との関係	妻
フリガナ 氏名	コウトウ シロウ 江東 士朗	日中連絡先 電話番号	03-0000-XXXX 〒135-8383 江東区東陽4-11-28 江東ハイツ602
性別	(男)・女	提出代行の場合 名称	
生年月日	明治(大正)昭和12年10月10日	地域包括支援センター 介護支援事業者 介護保険施設	電話番号
電話番号	03-3647-9111		

過去6ヶ月間の介護保険施設・医療機関等の名称
施設・医療機関等入院
入所の有無 (短期入所は除く)

介護保険施設・医療機関等の名称	所在地	期間(予定を含む)
有・無	所在地 電話番号	年 月 日 から 年 月 日
有・無	所在地 電話番号	年 月 日 から 年 月 日

住所・氏名・性別・生年月日・電話番号を記入してください

現在、(又は過去6ヶ月間に)病院・介護保険施設に入院・入所されている(された)方は記入して下さい。

この申請をされる方は全員必ず、主治医・医療機関名を記入して下さい。主治医がいらない場合は、ご相談下さい。

歯科医師および柔道整復師は、介護保険の主治医にはなりません。

同意文をよくお読みのうえ、ご本人が署名してください。(同意できない場合は、無理に署名する必要はありません)

医療機関名	フリガナ カイトウ ヒョウ イン 介 東 病 院	診療科	科
主治医 氏名 (フルネーム)	フリガナ カイトウ クロウ 介 東 九 朗		
所在地	〒136-0111 東京都江西区西砂4-5-1 電話番号 03-QQQQ-XXXX		

第2号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名	医療保険被保険者証 記 号 番 号
特定疾病名	

*第2号被保険者の方の申請の際は、医療保険の被保険者証の写しを申請書に添えて提出して下さい。
介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要がある時は、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江東区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、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に提出することに同意します。

本人氏名	江東 士朗	代筆者氏名	江東 華子
立会い希望	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (どちらかにをつけてください)		
認定調査時の立会い希望の有無		フリガナ 立会い者氏名	コウトウ ハチコ 江東 華子
		本人との関係	妻
		日中連絡先 電話番号	03-1111-0000
		住	135-8383 江東区東陽4-11-28 江東ハイツ602

認定調査時に立会いを希望する場合は、立会者の氏名、日中の連絡先電話番号、本人との関係および住所を必ず記入して下さい。

本人同意のうえ、代筆する場合は、代筆者氏名を記入して下さい。

申請者が本人の場合は、氏名欄のみ記入して下さい。

本人または介護者と、必ず連絡が取れる昼間の連絡先を記入して下さい。

申請書の提出を事業者等が代行する場合に記入していただく欄です。

何科を受診しているか記入して下さい。

特定疾病とは、第2号被保険者の方が介護を必要とする状態となった原因の疾病で、16の病名が決められています。

- 1 がん[がん末期]
(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦韌帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症
- 7 進行性核上性麻痺、大脳基底核変性症及びパーキンソン病[パーキンソン病関連疾患]
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症