

申請書の記入のしかた

要介護認定・要支

訪問調査員用連絡票もご記入ください

杉並区長 宛

次のとおり申請します。

令和 年 月 日

被 保 険 者 (本 人)	被保険者番号	被保険者証の10ケタの番号です。			更新・変更
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日 () 歳	
	氏名		性別	男 ・ 女	
	住民票所 住 所	〒 ①	①の住民票と違う場所にお住まいの場合はこちらもご記入ください。		
	現在の居住地 (上記と違う場合のみ)	〒	電話番号 ()		
	現在の要介護 状態区分等	有効期 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日	要支援状態区分 1・2		
	変更申請の理由 (変更の場合のみ)	変更申請の場合は、理由を必ずご記入ください。			
現在の入院・入所先 (短期入所を除く)	入院・入所施設名	現在、病院や施設にいらっしゃる、またはこれからお入りになる場合に 期間と併せてご記入ください。 但し、ショートステイ等の短期入所は除きます。			
	所在地 〒				
	期間(予定) 平成				

申 請 者 (代 行 者)	フリガナ	申請窓口に来られる方の名前をご記入ください。		
	氏名	事業者が代行申請する場合は、事業所の名称もご記入ください。		
	住所 (上記住民票住所 と違う場合のみ)	〒	電話番号	診療科目もお書きください。
主 治 医	医療機関名	現在、定期的に診ていただいている 病院名をご記入ください。		
	医療機関 の所在地	〒	診療科目	最終受診年月をご記入ください。
			主治医氏名	
医療保険者名	医療保険の情報をお書きください。なお、後期高齢者医療制度に加入している 方は、医療保険情報の「被保険者番号」を「記号」欄に記入してください(「番 号」「枝番」欄の記入は不要です)。			
医療保険被保険者等	記号			

2号被保険者(40歳から64歳の医療保	
特定疾病名	65歳未満の方は、特定疾病名が必要です。

ご本人が署名できない場合は、ご家族等が代筆してください。

*代筆の場合は余白に「代筆〇〇」と代筆者の名前も記入してください。

支援事業として介護

本人署名

個人番号を記入した場合は、個人番号確認書類及び身分確認書類が必要です。

個人番号

に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・
の関係人が取得した心身の状況等の情報を、杉並区
護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しく
師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域