“被保険者番号”の欄は空欄にしてください。

“個人番号”の欄については空欄でも構いません

記　入　例

個人番号	

被保険者	被保険者番号		申請年月日	令和３年　２月　１日
	フリガナ	シナガワ　タロウ	生 年 月 日	昭和３年　２月　１日
	氏　　名	品　川　太　郎	性　　別	男
	住　　所	〒１４０－８７１５ 品川区広町 2-1-36		
	前回の要介護認定結果等	要介護認定区分	要支援・要介護　１　２　３　４　５	
		有効期間	令和２年１月１日～令和３年１２月３１日	
		転出元自治体（市町村）名	大田区	
		現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください） はい・いいえ 「はい」の場合、申請年月日　令和３年　１月　１日		

申請者氏名	品　川　　大　介	本人との関係	長男
提出代行者	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）		
申請者住所	〒145-0001 大田区大森　●—●—● 電話番号●●—●●●●—●●●●		

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

２号被保険者（40 歳から 64 歳の医療保険加入者）のみ記入。「健康保険被保険者証」の写しを添付

医療保険者名	●●健康保険組合	医療保険被保険者証記号番号	●●—●●●●
特定疾病名	脳　血　管　疾　患		

特定疾病の欄には、前回認定を受けた際の原因となった特定疾病に該当する病名をご記入ください。

不明な場合は空欄で結構です。

要介護認定の申請[illegible]以下のことに同意します。
①介護サービス計画[illegible]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[illegible]ら地域[illegible]人、主[illegible]
②認定調査[illegible]

被保険者氏名（※必須）品　川　太　郎　　代筆者氏名　品　川　大　介　　関係（　長男　）

関連手続（下記の①～③のいずれかにも○をお付けください）		収受欄	受付者
前住所地で、介護保険負担限度額認定を受けていましたか。 （施設利用のための介護保険負担限度額認定証をお持ちでしたか。） ① はい　② いいえ　③ 受けていないが申請予定 ※①または③の方は手続きが必要ですので、高齢者福祉課介護給付係（直通 03-5742-6927 または内線 3524～7）へご連絡ください。	理欄		受付 窓口 郵送

こちらの欄も、該当に○をつけてください。