

# 申請書記載例

被保険者番号は保険証に記載されている番号です。

## 介護保険 新規・更新・区分変更 認定申請書

小千谷市長 あて  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	申請年月日	令和 〇 〇 年 〇 月 〇 日
	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	フリガナ	コタニ タロウ
	性別	男 <input checked="" type="radio"/> 女 <input type="radio"/>	氏名	小谷 太郎
	生年月日	明(大) 昭13年 3月 23日	住所	〒947-0000 小千谷市本町1丁目〇番 電話番号 81-1234
	現在の要介護認定の結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援 1 2	有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日

個人番号カード、通知カードに記載されている12桁の番号です。

住所等は番地まで正確に書いてください。

既に要介護・要支援認定を受けている人は前回の結果を記入してください。

施設に入院・入所している場合は、その施設名・住所等を記入してください。入院・入所している施設がどちらに該当するか不明な場合、施設に確認してください。

主 治 医	主治医の氏名	新潟 一郎	医療機関名	中越総合病院(内科)
	所在地	〒947-0000 小千谷市本町〇丁目△	電話番号	81-9999
	受診状況	最近の受診日 〇〇年 △月 ×日	次回の受診日	△△年 ×月 〇日

主治医の氏名等を正確に記入してください。主治医がない場合は記入しないで申請時にご相談ください。

【申請者が被保険者本人以外の場合に記入】

申請者氏名	小谷 花子	本人との関係	子
申請者住所	〒947-8700 小千谷市大字岩沢×××番地	電話番号	86-1234
提出代行者名称	該当に〇(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)		

被保険者と申請者が違う場合に記入してください。

【第二号被保険者(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	

40~64歳の方は必ず記入してください。医療保険者・記号番号は、現在使用している医療保険証を見て正確に記入してください。また申請時に保険証を提示してください。

【結果通知・被保険証等を住所地以外に送付を希望する場合に送付先等を記入】

送付先宛名	小谷 花子	本人との関係	家族(続柄 子)・その他(関係)
送付先住所	〒947-8700 小千谷市大字岩沢×××番地	電話番号	86-1234
変更理由	1. 本人管理ができないため 2. その他( )		

介護保険被保険者証や更新のお知らせなどをご本人様以外へ送付希望の場合ご記入ください。

介護(介護予防)サービス計画を作成する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居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護保険施設の関係者、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示することに同意します。

【更新申請のみ】「延期通知」を省略することに同意します。(申請から30日を超えて認定を行う場合は「延期通知」を行う必要があります。ただし、本人の同意があり、有効期間内に認定を行える場合は、省略することができます。)

情報提供及び延期通知省略に関する同意欄です。同意をいただける場合は、本人氏名欄に署名をしてください。本人が署名できない場合は、代筆者が本人氏名欄と代筆者氏名欄を記入してください。

本人氏名 **小谷 太郎** (代筆者氏名 **小谷 花子**)

●労働災害の認定を受けていますか。(はい・いいえ) 交通事故により介護が必要になったためですか。(はい・いいえ)

被保険者証	資格者証	保険料
済・未済	済・未済	有・無

裏面の連絡票にも記入をお願いします。

第2号被保険者特定疾病(16種類)

〇がん(がん末期) 〇関節リウマチ 〇筋委縮性側索硬化症 〇後縦韌帯骨化症 〇骨折を伴う骨粗鬆症 〇初老期における認知症 〇進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 〇脊髄小脳変性症 〇脊柱管狭窄症 〇早老症 〇多系統委縮症 〇糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 〇脳血管疾患 〇閉塞性動脈硬化症 〇慢性閉塞性肺疾患 〇両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

# 連絡票記載例

## 介護認定調査連絡票(新規・更新・区分変更)

### 1. 介護認定を受ける方のお名前・住所・世帯状況

フリガナ	コタニ タロウ	ひとり暮らし
氏名	小谷 太郎	<input type="radio"/> 世帯員あり(世帯主)
住所	小千谷市 城内2丁目〇〇番〇〇号 (通称名: )	

該当する申請区分に○をしてください。

住所等は番地まで正確に書いてください。

### 2. 現在利用又は利用を予定しているサービス(利用中・今後申込み予定・利用していない)

サービス種別	サービス利用日	サービス種別	サービス利用状況
通所介護(デイサービス)	週 回( 曜日)	福祉用具(貸与・購入)	無・有( 特殊寝台 )
通所リハビリ	週 回( 曜日)	住宅改修	無・有( )
訪問介護(ホームヘルパー)	月・週 回( 曜日)	短期入所生活介護(ショートステイ)	無・有
訪問入浴	月・週 回( 曜日)	短期入所療養介護(ショートステイ)	無・有
訪問リハビリ	月・週 回( 曜日)	地域密着型サービス(入所)	無・有
訪問看護	月・週 回( 曜日)	介護保険外サービス	外出支援券 その他

介護支援専門員(ケアマネ)氏名: 居宅 マネ子 居宅介護支援事業所名: 〇〇居宅介護支援事業所

サービス利用がある場合に利用曜日等を記入してください。

### 3. 認定調査

●新規・変更申請の場合、申請理由をご記入ください。(更新の場合は記入不要です。)

理由			
----	--	--	--

ケアマネジャーの名前、事業所を記入してください。

●現在の居場所(いずれかに○をつけてください。病院・施設・その他の場合は訪問先をご記入ください。)

<input type="radio"/> 自宅	<input type="radio"/> 病院・施設	病院又は施設名: 病棟: 相談員:
<input type="radio"/> その他	訪問先:	

新規・変更申請をしようとお考えになった理由を記入してください。

●連絡先【 認定調査員の調査日調整及び主治医からの連絡調整に使用することに同意します。】

連絡先氏名	小谷 花子	続柄	本人・夫妻・子(子の妻)・その他( )
連絡先	第1希望	自宅	携帯・勤務先( 0258 ) 83 - 〇〇××
連絡先	第2希望	自宅	携帯・勤務先( 090 ) 〇〇〇〇 - ××××
連絡時の留意点	(都合の悪い曜日・時間帯)		

自宅・施設等以外での調査希望場所の場合に記入してください。

●立会人同席(同席する・同席しない)

立会人氏名	小谷 花子	続柄	夫・妻・子(子の妻)・その他( )
連絡先	( 0258 ) 83 - 〇〇××		
調査時の留意点	(都合の悪い曜日・時間帯)		

調査時、立ち合いをする方の連絡先等を記入してください。

●調査時に介護者から個別に聞き取りをする必要(有・無)

●同席しない場合、調査日時の連絡は(必要・不要)

●調査時に留意する事項がありましたら以下に記入ください。(耳の聞こえ、認知症の有無等)

・病名(がんなど)は、本人に言わないで欲しい。
・耳が遠いため、調査時は大きな声で質問して欲しい。

食事・排泄・歩行状態等の状況についてご記入ください。

以下は事務処理欄となりますので記入不要です。

○介護保険証の回収 回収・未回収(紛失・調査時回収)

申請日 年 月 日 受付日 年 月 日 受付者