申 請 書 記 載 例

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。

介護保険被保険者証に記載されている番号です。

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	
	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2	令和 7 年 8 月 1 日
	フリガナ	コタニ タロウ							性別	男 ・ 女			
	氏名	小谷 太郎							生年月日	大・昭 12年 1 月 2 日			
	住所	〒947−0000 小千谷市本町１丁目 ○ 番 △ 号　　電話番号 81-○△00											
	現在の要介護認定の結果等 ※更新及び区分変更認定申請の場合のみ記入	要介護状態区分　1　2　3　4　5　要支援　1　2											
		有効期間　5 年 10 月 1 日 から　6 年 9 月 30 日											
	過去６月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無（短期入所は除く。）									有 ・ 無			
	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	６年 ××月 ××日 から　６年 ××月 ××日まで ○○○病院											

【医療保険】□にチェックしてください。

加入している医療保険を選択してください。

☐ 小千谷市国民健康保険　☑ 新潟県後期高齢者医療保険　☐ その他

主治医	主治医の氏名	新潟 一郎	医療機関名	○○○病院
	所在地	小千谷市城内１丁目○番△号	電話番号	81−○△
	受診状況	最近の受診日：○年 △月 ×日	次回の受診日	○年 ×月 △日

主治医がいない場合は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	〒947−0000 小千谷市○○町△△番地 電話番号86−○○××		
提出代行者名称 （家族は記入不要）	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）		

ご本人様以外が記入する場合に記入してください。

40～64 歳の方は必ず記入してください。
また申請時に医療保険証を提示してください。

【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】　特定疾病名

【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	〒 − 同上	電話番号	86−○
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をご本人様以外へ送付希望の場合ご記入ください。

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
会による判定結果・意見、主治医意見書、小千谷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
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、小千谷市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居
域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業所者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防
人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地
情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

本人氏名　小谷　太郎　　（代筆者氏名　小谷　花子

情報提供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。

●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ものですか

【労働災害】
勤務中の事故が原因で現在給付金を受けている方

【事務処理欄】

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

第２号被保険者特定疾病（16 種類）

○がん（がん末期）○関節リウマチ○筋萎縮性側索硬化症○後縦靭帯骨化症○骨折を伴う骨粗鬆症○初老期における認知症○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○脊髄小脳変性症○脊柱管狭窄症○早老症○多系統萎縮症○糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症○脳血管疾患○閉塞性動脈硬化症○慢性閉塞性肺疾患○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	現在、一緒に住んでいる方に○を付けてください。
氏 名	小谷 太郎	(本人)・夫・妻・(子)・(子の配偶者)・孫・その他 計3人
		世帯主: 小谷 次郎 （一人暮らしの場合不要）
住 所	小千谷市 本町１丁目 ○ 番 △ 号	（ 通称町名: ）

2. 現在利用又は利用を予定しているサービス （ (利用中) ・ 今後申込む予定 ・ 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）	無・(有)（ 特殊寝台 ）
訪問介護(ホームヘルパー)	月・週 回（ 曜日）	福祉用具（購入）	無・有（ ）
訪問入浴	月・週 回（ 曜日）	住宅改修	無・有（ ）
訪問リハビリ	月・週 回（ 曜日）	短期入所(ショートステイ)	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	○○居宅介

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。（更新の場合は不要です。）

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。

●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。)

○	自 宅	駐車場 ：(有)・ 無
	病院・施設	病院・施設名: 病棟: 相談員: 診断名(入院中の場合):
	その他	訪問先:

●連絡先

連絡先氏名（フリガナ）		コタニ ハナコ 小谷 花子	続柄	本人・夫・妻・子・(子の配偶者)
連絡先	第1希望	(自宅)・ 携帯 ・ 勤務先	－ 86 －	○○××
	第2希望	自宅 ・(携帯)・ 勤務先	090 － ○○○○ －	××××
連絡時の留意点		いつでも可 /15時から17時のあいだ(可)・ 不可 /折り返し希望		

調査の日程調整を行う方の連絡先等を記入してください。

●立会人同席 （ (同席する) ・ 同席しない ）

立会人氏名（フリガナ）	コタニ ハナコ 小谷 花子	続柄	夫・妻・子・(子の配偶者)・その他（ ）
連 絡 先	－ 86 － ○○××		
調査時の留意点	午前中は都合が悪いので午後の調査希望。		

●同席しない場合、調査日の連絡は（ 必要 ・ 不要 ）

●調査時に介護者から個別に聞き取りをする必要 （ 有 ・ (無) ）

●次の項目について、該当するものに○を付けてください。

・耳の聞こえ ：(普通)・ 少し聞こえにくい ・ 聞こえにくい ・ 筆談が必要

・認知面の低下 ： 無 ・(年齢相応)・ 有 （ 認知症の診断 有 ・(無) ）

耳の聞こえと認知面の低下について、該当箇所に○をつけてください。

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 令和 年 月 日 受付日 令和 年 月 日 受付者