

申請区分に○を付けて
ください。

保険

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

記入例

糸魚川市長 様
次のとおり申請します。

個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0

| | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|------------------------|----------------------------------|-----------------|--|---|---|---|---|---|---|-------|---------------|--------------|---|----|---|
| 被 保 者 | 介護保険 被保険者番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 申請年月日 | 令和5年4月1日 | | | |
| | 医療 保険 | 保険者名 | ○ ○ ○ ○ ○ | | | | | | | | 保険者番号 | 1 2 3 4 5 6 7 | | | | |
| | 被保険者証 | 記号 | 1 2 3 4 5 6 7 8 | | | | | | | | 番号 | 1 2 3 4 5 | | | 枝番 | 1 |
| | フリガナ | イトイガワ タロウ | | | | | | | | | | 生年月日 | S2年1月1日 | | | |
| | 氏名 | 糸魚川 太郎 | | | | | | | | | | | | | | |
| | 住所 | 〒 941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号 | | | | | | | | | | 電話番号 | 025-552-1511 | | | |
| 保 険 者 | 住所 | 〒941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号 | | | | | | | | | | 電話番号 | 025-552-1511 | | | |
| | 名 | 糸魚川 花子 | | | | | | | | | | 続柄 | 妻 | | | |
| | 要介護・要支援 認定の場合 | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前回の要介護 認定の結果等 | のみ記入 | | 有効期間 | | | | | | | | から | | | | |
| | | ※14日以内に他 自治体から転入 した者のみ記入 | | 転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ （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」の場合、申請日 | | | | | | | | 年 | 月 | 日 | | |
| | 入院・入所の 場合は右欄に 記入 | 施設名 どちらかに○印 {介護保険施設・介護保険施設以外} | | | | | | | | | | 期間 | 年 | 月 | 日 | |
| | | 所在地 | | | | | | | | | | | | | | |

太枠内に記載し
てください。

| | | | | | | | |
|-------|--------|--------------------------|--|--------|--------------|--|--|
| 主 治 医 | 主治医の氏名 | かかりつけの医師名 | | 医療機関名 | 〇〇病院 | | |
| | 所在地 | 〒941-0000 糸魚川市△△1-2-3 | | ・次回受診日 | 令和5年5月1日 | | |
| | | | | 電話番号 | 025-552-0000 | | |

| | | | | | | |
|-------------|---|--|------------|--------------|--|--|
| 申請者氏名 | 糸魚川 花子 | | 本人との 関係 | 妻 | | |
| 提出代行者 名称 | 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院） | | | | | |
| 申請者住所 | 〒941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号 | | 電話番号 | 025-552-1511 | | |

※署名

本人が書けない場合も、代筆などで
記載してください。

| | | | | | | |
|-----------------|----|--|--|--|--|--|
| 第2号被保険 特定疾病名 | 記入 | | | | | |
| 備考 | | | | | | |

サービス利用状況（ ）

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、介護保険負担割合、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若しくは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示することに同意します。

本人氏名 糸魚川 太郎

認定申請受付表

| | | | |
|---------|-----------------------------|----|--------|
| 1. 受付情報 | | 受付 | |
| 受付場所 | 福祉事務所・能生事務所・青海事務所 その他（ ） | 年 | 月 日（ ） |

必須ではありませんが、調査時の資料になりますので、できるだけ記載してください。

2. 困っていること、サービス希望の理由など

3. 利用したいサービス

《介護保険サービス》

・**デイ** ・ショートステイ ・**訪問介護** ・福祉用具（ ） ・住宅改修
 ・施設入所 ・その他（ ）

《その他サービス》

・市の福祉事業（配食サービス、おむつ券、外出支援サービス、その他）
 ・福祉有償運送ボランティア ・その他（ ）

4-1. 立会い確認 なし ・ **あり** →（立会いする人 **糸魚川 花子**）

4-2. 調査連絡先 ・自宅に連絡 ・ **来庁者に連絡** ・立会いする人に連絡 ・その他

| | | |
|--------|--------------|----------|
| 氏 名 | 糸魚川 花子 | 対象者の家族構成 |
| 電話番号 | 025-552-1511 | |
| 連絡可能時間 | 終日 | |
| その他 | | |

4-3. 調査場所 ・ **被保険者住所** 入所中（入院中）の施設（※入院の場合： 病棟）
 ・その他（ ）

5. サービス利用の希望開始時期

・ **認定が出てからでよい。** ・すぐに使いたい。 ・その他（ ）

6. 担当ケアマネージャー

・希望のケアマネージャーがいる、もしくは希望の事業所がある。→（ ）
 ・ **希望なし。**

7. 総合事業対象者のみ記入

介護給付開始日 年 月 日から

延長理由・介護認定結果が出るまで本人が継続してサービスを利用するため。

- ・本人が総合事業のサービス利用を希望しているため。
- ・その他（ ）