

# 申請書記入例

※申請書裏面の介護認定調査連絡票についてもご記入ください。

## 添付書類

- 介護保険証（原本）… 全員
- 医療保険証（写し）  
国民健康保険、後期高齢者医療保険以外の方のみ
- 登記事項証明書（写し）  
成年後見人、保佐人が申請する場合
- 代理権目録（写し）  
保佐人が申請する場合

介護保険〔認定 **更新認定・区分変更認定**〕申請書

いずれかを○で囲んでください。

長岡市長 様  
次のおおりに被保険者証を添付の上、申請します。

申請年月日	6年6月1日
申請者 氏名	長岡 二郎
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族（続柄 <b>子</b> ）
申請者 住所	※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要 長岡市幸町1-2-3 電話番号 39-2296
提出代行者 住所及び名称	該当に○ 〔地域包括支援センター・指定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・介護医療院・その他〕 電話番号

申請書を代行して提出する施設が記入する欄です。

介護保険証の番号を記入してください。

個人番号(マイナンバー)を記入してください。

【国民健康保険、後期高齢者医療保険の方】  
「保険者名」欄の☑のみしてください。  
【その他の医療保険の方】  
「保険者名」欄の☑と、その他の項目についても医療保険者証(写し)の添付も必要)を確認のうえ、記入してください。

住民票の住所を記入してください。(申請者と同じ場合は、同上で可。)  
訪問調査の連絡先等は、申請書裏面の介護認定調査連絡票にご記入ください。

介護保険証に記載されている内容を記入してください。(更新・区分変更の場合)

被保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
医療保険 保険者名	<input type="checkbox"/> 新潟県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 長岡市（国民健康保険加入の方） <input checked="" type="checkbox"/> その他（ <b>全国健康保険協会 新潟支部</b> ）		
医療保険 被保険者証 記号	〇〇〇〇〇〇	番号	〇〇〇
フリガナ	ガカ 知		
氏名	長岡 太郎	生年月日	大昭 28年 3月 1日
性別	男	枝番	
住所	長岡市大手通1-4-10 電話番号 39-2245		
現在の要介護状態区分等	更新認定申請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 <b>3</b> 4 5 要支援状態区分 1 2 有効期間 令和5年6月1日 から 令和6年6月30日まで 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。 （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、申請日 年 月 日		
区分変更申請の理由（区分変更認定申請のみ記入）	区分変更申請の方のみ、できるだけ具体的に申請理由を記入してください。		
介護保険施設又はその他施設の入所の有無（短期入所を除く。）	無・ <b>有</b> （医療機関・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・その他） 【名称】 〇〇〇〇病院 【退院(所)・転院予定】 無 <b>有</b> 6月2日		

現在、介護保険施設や病院などに入院・入所している場合に記入してください。(心身の状態が安定している状況を確認後、訪問調査を行います。)

意見書を書いてもらう医療機関名と主治医名を記入してください。(長期間、受診がないと主治医が意見書を記入できない場合があります。)  
主治医が複数いる場合、現在の生活の中で最も支障になっている部分で受診している医療機関名・主治医名を記入してください。

【40歳から64歳までの方のみ】  
国で定めた16の特定疾病に該当するかどうか、主治医と相談・確認して記入してください。

主治医 医療機関名	〇〇〇〇病院	主治医の氏名	新潟 一郎
所在地	長岡市△△町1-100	電話番号	99-8888

2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名	
-------	--

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必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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又は地域包括支援センター（介護予防支援事業者）に提示すること、主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果（要介護状態区分等）の提供を求められたときは、それを提示すること及び本申請における記載事項を確認するため長岡市が保有する公簿で医療保険被保険者番号等を確認することに同意します。

本人氏名 **長岡 太郎** 代筆者氏名 続柄

裏面の介護認定調査連絡票をご記入ください

- 被保険者本人が署名してください。
- 本人が心身の著しい悪化により署名できない場合は、本人同意のうえ家族が代筆してください。  
記入例：本人氏名 **長岡 太郎** 代筆者氏名 **長岡 二郎** 続柄 **子**
- 被保険者が成年被後見人の場合、成年被後見人が署名してください。  
記入例：本人氏名 **長岡 太郎** 成年被後見人 **〇〇 〇〇**

# 介護認定調査連絡票 記入例

◆ 介護認定を受ける方のお名前

◆ 家族構成(どちらかに○をする)

ふりがな	ながおか たろう
氏名	長岡 太郎

	ひとり暮らし
○	家族と同居 (↓該当の場合に○をする) ( ) 高齢者のみ ( ) 日中はひとり

◆ 新規申請、区分変更申請の場合、申請理由や身体の状態等をご記入ください。(更新申請は記入不要)

○月頃から認知症が進み、□月に転倒をして骨折。現在寝たきりの状態です。

◆ 調査実施場所(どちらかに○をする)

住民登録地以外で調査を希望する場合は、住所、施設名等をご記入ください。(長岡市内、近隣の病院・施設の場合は名称のみで可)

	介護認定を受ける方のご自宅 (住民登録の)
○	その他 (施設名、病院名、住所等をご記入) 東京都〇〇市□□1-2-3 (長女宅) ※入院中の方 <input type="checkbox"/> 退院予定あり ( 月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定または不明 <input type="checkbox"/> 転院予定あり ( 月 日頃 転院先: 病院)

◆ 調査についての連絡先

調査は、原則平日9時半~16時の間に行います。(所要時間)

入院中の調査を希望する方は、転院や退院の予定が決まっていればご記入ください。

ふりがな	ながおか はなこ	本人との関係	平日9時~17時の間で 連絡のつきやすい時間帯 (12~13時または16~17時)
氏名	長岡 花子	子	
調査連絡先 電話番号	① 090-1234-5678	自宅・ <u>携帯</u> ・その他 ( )	
	② 03-1234-5678	自宅・携帯・ <u>その他</u> (勤務先: 〇〇会社)	

立ち会い (どちらかに ○をする)	<input checked="" type="radio"/> する <input type="radio"/> その他	<input checked="" type="checkbox"/> 上記連絡先と同じ方が立ち会い □ その他 (ふりがな 氏名: 電話番号: )	上記の方と違う方が立ち会う場合は、氏名、電話番号等をご記入ください。
	しない	<input type="checkbox"/> 1人で調査可能なため <input type="checkbox"/> 施設・病院職員が対応するため (※) <b>※施設・病院等は原則として、施設・病院職員立ち会いのもと調査を行います。</b> ⇒調査日時の決定後、日時の連絡を希望(する・しない) ※病院は感染症対策等の理由から、家族が立ち会いできない場合があります。立ち会いを希望する場合は ①事前に病院へ、立ち会い可能であることを確認してください。 ②その他欄へ、家族立ち合い希望がある旨を記入してください。	

◆ 調査時に留意することがありましたらご記入

本人の前で話しにくいことがあり、別室で調査をお願いします。  
 その他 (都合の悪い日時がある等、あらかじめご連絡ください。)

○月○日~○月○日までショートステイ利用のため、不在にします。  
 難聴のため、大きな声で話しかけてください。  
 (※〇〇病院で調査の立ち合い許可を取りました。立ち会いを希望します。)