

記載例

新規

①

介護保険〔要介護認定・要支援認定〕申請書

(宛先) 上越市長 次のとおり申請します。

申請年月日		令和 8 年 4 月 1 日																							
介護保険被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
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"/> 上越市(国民健康保険加入の方) <input checked="" type="checkbox"/> その他(全国健康保険協会 新潟支部)										保険者番号		01234567											
	被保険者記号・番号	記号		12345678					番号		12345			枝番		01									
フリガナ		キダ イチロウ					性別		男・女																
氏名		木田 一郎					生年月日		明・大・昭 元年 1月 1日																
住所		上越市 木田 1-1-3 電話番号 025 (526) 5111																							
※14日以内に転入された方のみ記入		転出元自治体(市町村)名() ※現在、転出元自治体に要介護等認定を申請中ですか。(はい・いいえ) 「はい」の場合、申請日: 年 月 日																							
入所・入院施設名(短期入所は除く)		施設名 ●●病院										入院(予定)日: 年 月 日		退院(予定)日: 8年 4月 5日											
		所在地																							

提出代行者名	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・介護医療院)
住所	電話番号 ()

●定期的に受診している医療機関名(入院中の方は入院している医療機関名)をお書きください。

主治医	医療機関名	●●病院					主治医の氏名		上越 一郎															
	所在地	上越市〇〇1丁目2番3号 電話番号 025 (〇〇〇) △△△△																						
	受診状況	●最終受診日 年 月 日					●受診予定日 年 月 日																	

※ 特定疾病名

※40歳から64歳までの医療保険加入者(第2号被保険者)の方のみ記入してください。

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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、上越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宅サービス事業者又は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、上越市から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、地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サービス事業者の関係人、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(地域支援事業として介護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。

受付印

被保険者氏名 木田 一郎

※上越市記入欄

保険者証返還	申請入力	資格者証	意見書	調査員名
済・調査時・紛失			新規・継続 在宅・施設	

訪問調査では、日常生活の状況について申請者ご本人・介護者の方にお話をうかがいます。
訪問は月曜日から金曜日の午前9時から午後3時50分までの間で実施しています(所要時間は約1時間です)。

1. 申請された方の状況について

被保険者氏名	木田 一郎
家族構成 (ひとつに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・ひとり暮らし ○ 65歳以上の高齢者のみの世帯 ・その他の世帯(申請者本人を含め家族 名)
調査場所 (ひとつに○)	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅 ○ 入院中(病院名: ●●病院 病棟: 北4) ・その他 ()
心身の状況 (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 歩行が不安定、又は困難 ○ 見守りまたは介助が必要 (入浴・食事・排泄) ・麻痺がある(部位) ・寝たきり状態である ・物忘れ、火の不始末など認知症が多少ある ・その他 ()

2. 調査日程調整の連絡先(日中連絡のとれる所を記入してください。)

<input type="checkbox"/> 本人 (申請された方) <input checked="" type="checkbox"/> ご家族 <input type="checkbox"/> その他	フリガナ 高田 花子 氏名: 高田 花子 続柄: 長女 住所(本人と異なる場合に記入) : 上越市□□1-1-4 事業所等: 電話番号: 090-1234-0000
調査にうかがう際 都合の悪い日時等	

3. 調査の立会者等(調査対象者の日頃の状況を把握している方をお願いします)

<input type="checkbox"/> 上記日程調整者 <input checked="" type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 立会者なし	フリガナ 春日 太郎 氏名: 春日 太郎 続柄: ケアマネージャー 住所: 木田○丁目△番□号 事業所等: 木田居宅介護支援事業所 電話番号: 025-321-0000
---	---

4. 希望サービス

希望サービス (該当するものに○)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 訪問介護 ○ 訪問入浴 ・訪問看護 ・デイサービス ・デイケア ・短期入所 ・福祉用具のレンタル ・福祉用具の購入 ・住宅改修 ・施設サービス ・その他 () ・ケアマネジャーと相談して決めたい
----------------------	--

5. その他(連絡事項等がありましたら記入してください。)

(記入者:)

※上越市記入

保険証返還	調査日	調査員名	点検者
済・調査時・紛失			