

## 介護保険 要介護認定・要支援認定等申請書

柏崎市長 様 次のとおり【新規 更新 変更 転入】申請します。

調査日	意見書
4/5	
9:30	

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 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2																	
	医療保険保険者名	<input checked="" type="checkbox"/> 新潟県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 柏崎市国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他（ ）						記号番号枝番	○○○○○○○○○○																
フリガナ		カシワザキ タロウ																							
氏名	柏崎 太郎						生年月日	明・大・ <input checked="" type="radio"/> ○○年××月△△日																	
							性別	男																	
住所 (住民票上)	〒945-0054 柏崎市日石町2番1号						電話番号 23-5111																		
本人の所在	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅（住所と同じ） <input type="checkbox"/> 病院や施設等に入院・入所中 <input type="checkbox"/> その他（家族宅等） （自宅以外にチェックした場合）本人の所在																								
意見書作成医師	医師の氏名						医療機関名						所在地												
	新潟 次郎						△△病院 □□科						〒945-○○×× 柏崎市○○町△番□号 (電話番号)○○-××××												
【該当あれば記入】 過去6月間の 介護保険施設や 医療機関等への 入院・入所	施設等の名称等・所在地						期間																		
	○○病院						令和○年×月△日 ~ 令和○年×月□日																		
【更新・変更申 請のみ記入】 前回の要介護認 定の結果等	要介護度						要介護（1・2・ <input checked="" type="radio"/> ・4・5）						要支援（1・2）												
	有効期間						令和□□年○○月△△日 ~ 令和○○年△△月□□日																		
【変更申請のみ記入】 変更申請の理由 ※具体的に記入	（いつからどのように身体状態・認知症状が変わったか、それによる介護の手間など） ○月○日脳梗塞を発症し、同日に△△病院へ救急搬送される。現在も入院中であるが、脳梗塞で左半身麻痺となり介護量が増加したため。																								
【転入申請のみ記入】	柏崎市転入前に要介護・要支援等認定を申請しているか						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」に○												
	「はい」の場合						転入前自治体（市町村）名						申請日												
【第二号被保険者(40~64歳 の医療保険加入者)のみ記入】	特定疾病名																								

提出代行者	被保険者との関係(該当に○)	<input type="checkbox"/> 1 家族（続柄 長女） <input type="checkbox"/> 2 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 3 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 4 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 5 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 6 その他（ ）																							
	氏名・名称	柏崎 花子																							
	住所	〒945-□□△△						電話番号 ○○-△△△△						柏崎市□□町○番△△号											

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、柏崎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、柏崎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。

本人氏名 柏崎 太郎 （本人が自署できない場合）代筆者氏名 柏崎 花子 続柄【長女】

## 《介護保険 要介護認定申請書（区分変更申請）の記入例》

※記入についてご不明な点があれば、介護高齢課(0257-43-9137)へお問合せください。

- ◎調査日欄: 調査日時が決まっている場合、調査日時を記入してください。
- ◎意見書欄: 市役所が記入しますので記入しないでください。
- ◎申請年月日欄: 介護度の見直しを行う開始日を記入してください。
- ◎被保険者欄  
要介護認定を受ける方の情報をそれぞれ記入してください。
- 個人番号  
12桁の個人番号(マイナンバー)をご記入ください。
- 医療保険保険者名、記号番号枝番  
マイナンバーカードにより保険証をご利用の方については、記入不要です。
- 本人の所在  
認定調査を行う場所となりますので、現在の所在地にをしてください。  
病院や施設等に入院・入所中、又はその他(家族宅等)にをした場合、下段の「本人の所在」に施設名や住所などの詳細を記入してください
- 意見書作成医師  
かかりつけ医、または、介護が必要となった原因となる病気の治療を担当している医師の情報を1件記入してください。
- 過去6月間の介護保険施設や医療機関等への入院・入所  
本人の所在欄とは別に、申請前6か月に施設等の利用があれば記入してください。
- 前回の要介護認定等の結果等  
現在の被保険者証に印字されている介護度及び有効期間を記入してください。
- 変更申請の理由  
被保険者の状態がいつから・どのように変化したか、変化によってどのような介護の手間が生じるか、具体的に記入してください。
- 第二号被保険者(40~64歳の医療保険加入者)のみ記入  
介護認定に必要な以下の特定疾病のうち、該当する疾病を記入してください。

- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 多系統萎縮症
- 初老期における認知症
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- パーキンソン病関連疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 関節リウマチ
- 慢性閉塞性肺疾患
- 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症
- がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)

- ◎提出代行者欄  
この申請書を、介護認定を受ける被保険者以外の方が記入する場合、記入してください。
- ◎本人氏名欄  
介護サービス計画作成などのため、利用になる各事業者等に訪問調査の情報を提供することに同意される方は、被保険者本人の氏名を記入してください。  
なお、被保険者本人が記入できない場合、代筆で構いませんので、被保険者本人の氏名と、代筆された方の氏名・続柄を記入してください。

# 介護認定申請受付連絡票

## 1 認定を受けようとする方の状況について

申請理由 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 心身の状況に変化があった <input type="checkbox"/> 介護サービスを利用したい <input type="checkbox"/> 主治医や病院からすすめられた <input checked="" type="checkbox"/> その他 トイレはベッド脇のポータブルトイレを使用しており、入浴はしていない。 入院前は自力で歩行できていたが、現在は歩行器を使用してもほとんど歩行できない。
家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input checked="" type="checkbox"/> 夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他【被保険者本人を含めて      人】      <参考> 別居の子 2人
心身の状況 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 自力で動かせない部位がある【 <u>左上肢</u> ・ <u>右上肢</u> ・ <u>左下肢</u> ・ <u>右下肢</u> ・その他】 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行が不安定、又は困難である <input checked="" type="checkbox"/> 見守りや介助が必要である【食事・ <u>入浴</u> ・ <u>着替え</u> ・排泄】 <input type="checkbox"/> ひどい物忘れや火の不始末など、認知機能の低下がみられる <input type="checkbox"/> 妄想や暴言、徘徊など、重度の認知症状が見られる <input type="checkbox"/> その他【      】
既往歴等 (直近1～2年間) (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 骨折【部位：      】 <input type="checkbox"/> がん【部位：      】 <input checked="" type="checkbox"/> 心臓 <input type="checkbox"/> 腎臓 <input type="checkbox"/> 肝臓 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管 <input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病 <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> その他【      】

## 2 訪問調査について

日程調整連絡先 (日中連絡先を兼ねる)	<input type="checkbox"/> 本人      (本人以外にチェックをした場合) <input type="checkbox"/> 家族 【続柄：      】    氏名等    △△病院 <input checked="" type="checkbox"/> その他【病院看護師      】    電話      ○○-xxxxxx
調査立会者 (複数選択可)	<input checked="" type="checkbox"/> 日程調整連絡先と同じ <input type="checkbox"/> その他【      】 <input type="checkbox"/> なし
調査時留意点 (複数選択可)	<input type="checkbox"/> 敷地内に駐車スペースがないため、周辺の道路に駐車してほしい <input type="checkbox"/> 介護認定調査とはせず、健康調査として調査を行ってほしい <input type="checkbox"/> 認知症状に関する聞き取りは、本人がいないところで行ってほしい <input type="checkbox"/> 本人には病気の告知をしていないので、病気には触れないでほしい <input type="checkbox"/> 感情の起伏が激しいので、聞き取りには気をつけてほしい <input type="checkbox"/> その他 (      )

## 3 介護サービスの利用について(複数選択可)

<input checked="" type="checkbox"/> 今後、ケアマネジャーと相談して決めたい <input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア(通所リハビリ) <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 福祉用具のレンタル <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具の購入 <input type="checkbox"/> その他【      】
--

# 《介護認定申請受付連絡票の記入例》

## 1 認定を受けようとする方の状況について

- 申請理由  
詳細の記入については、「その他」に☑をして、かっこ内にその旨を記入してください。
- 心身の状況  
あてはまる項目がない場合、☑は不要です。
- 既往歴等  
あてはまる項目がない場合、☑は不要です。

## 2 訪問調査について

- 日程調整連絡先  
本人以外に連絡を取る必要がある場合、右の(本人以外にチェックをした場合)欄も記入してください。  
日程調整の連絡先と、日中の連絡先が異なる場合(日程調整の連絡先はケアマネジャーだが、市からの連絡は家族にしてもらいたいなど)、この欄には日程調整の連絡先を記入し、市から連絡を行う際の連絡先は、調査時留意点に記入してください。
- 調査立会者  
日頃の様子を被保険者本人以外に確認することがありますので、調査に立ち会いしていただける方の調整をお願いします。記入スペースが不足する場合は、調査時留意点に記入してください。  
なお、なしに☑をした場合は、調査当日は被保険者と調査員で調査を実施し、調査時に確認できない項目を、後日電話等で聞き取りをする場合がありますので、日頃の様子が分かる方の情報を調査時留意点に記入してください。
- 調査時留意点  
あてはまる項目がない場合、☑は不要です。

## 3 介護サービスの利用について(複数選択可)

- 申請時点で具体的な希望があれば、該当する項目に☑をしてください。  
特に希望がない場合、「今後、ケアマネジャーと相談して決めたい」に☑をしてください。