

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

申請年月日		年		月		日																		
被 保 険 者	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	☒ 新潟県後期高齢者医療広域連合 ☐ 柏崎市国民健康保険 ☐ その他（ ）										記号番号枝番	〇〇〇〇〇〇〇〇											
	フリガナ	カシワザキ タロウ										生年月日	明・大・ ☒ 〇〇年××月△△日											
	氏 名	柏崎 太郎										性 別	男											
	住 所 (住民票上)	〒945-0054 電話番号 2 3 - 5 1 1 1 柏崎市日石町2番1号																						
	本人の所在	☒ 自宅（住所と同じ） ☐ 病院や施設等に入院・入所中 ☐ 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 新 潟 次 郎					医療機関名 △△病院 ☐ 科					所在地 〒945-〇〇×× 柏崎市〇〇町△番□号 (電話番号) 〇〇-××××												
	【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 〇〇病院										期間 令和〇年×月△日 ～ 令和〇年×月□日												
		施設等の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 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・ ☒ ・4・5） 要支援（1・2）																				
有効期間		令和□□年〇〇月△△日 ～ 令和〇〇年△△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)																							
【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 年 月 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○)	①家族（続柄 長女 ） 2地域包括支援センター 3居宅介護支援事業者 4介護老人福祉施設 5介護老人保健施設 6その他（ ）	
	氏名・名称	柏崎 花子	
	住 所	〒945-□□△△ 電話番号 〇〇-△△△△ 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、及び主治医意見書を、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 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（更新申請）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:空欄で構いません。

◎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

病院等で提示する医療保険者証を確認の上、該当する保険者に☒をし、記号・番号・枝番を記入してください。

なお、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、記号番号枝番の確認ができないため、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。

○第二号被保険者(40～64歳の医療保険加入者)のみ記入

現在40～64歳の方のみ記入してください。

◎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。