

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7年4月1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 23-5111 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・3・4・5） 要支援（1・2）																							
有効期間		年 月 日 ～ 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（新規申請）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:新規に介護認定を受ける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

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。

○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。

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)	☒ 心身の状況に変化があった ☐ 介護サービスを利用したい ☐ 主治医や病院からすすめられた ☒ その他 数年前から心臓の持病があり、動く際に息切れがある。この1か月で歩行が不安定となり、入浴や着替えを自力で行うことが難しい。妻も高齢で手助けが困難である。	
家族構成	☐ ひとり暮らし ☒ 夫婦世帯 ☐ 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)	☐ 自力で動かせない部位がある【左上肢・右上肢・左下肢・右下肢・その他】 ☒ 歩行が不安定、又は困難である ☒ 見守りや介助が必要である【食事・入浴・着替え・排泄】 ☐ 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 ☐ 妄想や暴言、徘徊など、重度の認知症状が見られる ☐ その他【 】	
既往歴等 (直近1～2年間) (複数選択可)	☐ 骨折【部位： 】 ☐ がん【部位： 】 ☒ 心臓 ☐ 腎臓 ☐ 肝臓 ☐ 脳血管 ☒ 糖尿病 ☒ 高血圧 ☐ 呼吸器 ☐ 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)	☐ 本人 ☒ 家族 【続柄：長女 】 ☐ その他【 】	(本人以外にチェックをした場合) 氏名等 柏崎 花子 電話 〇〇-△△△△
調査立会者 (複数選択可)	☒ 日程調整連絡先と同じ ☒ その他【長男：米山 三郎 】 ☐ なし	
調査時留意点 (複数選択可)	☒ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☒ その他 ・調査には、包括支援センターの職員も立会いをする。 ・自宅向かいの空き地は駐車可能なので、駐車する場合はそちらに駐車してほしい。	

3 介護サービスの利用について(複数選択可)

☒ 今後、ケアマネジャーと相談して決めたい		
☐ 訪問介護(ホームヘルプ)	☐ 訪問入浴	☐ 訪問看護
☐ デイケア(通所リハビリ)	☐ デイサービス	☐ 福祉用具のレンタル
☐ 住宅改修	☐ 施設サービス	☐ 福祉用具の購入
☐ 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、カッコ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。