

記入例
(表面)

要介護認定・要支援認定
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

十日町市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者	介護保険者番号	0000555555	個人番号	1			
	医療保険	保険者名 新潟県後期高齢者医療広域連合	保険者番号	3915008			
保 険 者	被保険者	記号	2	番号	12345678	枝番	
	フリガナ	トオカマチ ハナコ		生年月日	明治・大正・昭和 〇年△月□日		
氏 名	十日町 花子		性別	男(女)			
	〒948-△〇〇〇 十日町市〇〇町〇番地		電話番号	025-757-〇△〇△			
前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 2 3 4 5		要支援状態区分	1 2		
	有効期間	令和 〇 年 〇 月 〇 日 から 令和 〇 年 〇 月 〇 日					
3	過去6か月間の介護保険施設・医療機関等への入院、入所の有無	有・無					
	介護保険施設の名称等・所在地	期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
者	介護保険施設の名称等・所在地	期間		年 月 日 ~ 年 月 日			
	医療機関等の名称等・所在地	期間		〇年8月10日~〇年9月25日			
提出代行	提出代行者の氏名	十日町 太郎		〒948-△〇〇〇 十日町市〇〇町〇番地			
	提出代行者の住所	十日町市〇〇町〇番地		電話番号 025-757-〇△〇△			
主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇 医師		医療機関名 県立△△病院			
	所在地	〒948-〇〇〇〇 十日町市□〇丁目△番地		電話番号 — —			
6	第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入	特定疾病名 脳血管疾患 等					
	本人氏名	7 十日町 花子					

①個人番号欄
個人番号が不明の場合は、記入不要です。

②医療保険欄
現在加入している医療保険を正しくご記入ください。

③介護保険施設・医療機関等の有無
過去6か月間の入院・入所の有無に〇を付けてください。
「有」の場合は期間等をご記入ください。

④提出代行欄
申請書を提出した人をご記入ください。
ご本人が提出される場合は記入不要です。

⑤主治医欄
市から主治医に意見書の作成を依頼しますので、現在の本人の心身の状況が分かる医療機関名、医師の氏名、医療機関の所在地をご記入ください。

⑥特定疾病名欄
(★特定疾病一覧 参照)
40歳以上65歳未満の方は必ずご記入ください。

⑦本人氏名欄
同意欄には、被保険者本人の氏名をご記入ください。

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、保険者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。

★特定疾病一覧

●筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靱帯骨化症 ●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 ●脳血管疾患 ●関節リウマチ ●閉塞性動脈硬化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症 ●慢性閉塞性肺疾患 ●糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ●進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ●末期がん ●両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

1. 受診状況

受診頻度	☐ 毎月一回	☒ 2か月に1回	☐ 3か月に1回	☐ 6か月に1回
前回の受診日	令和〇年〇月〇日（頃）		次回の受診予定日	令和〇年〇月〇日（頃）

1. 受診状況欄
受診の頻度等をご記入ください。

2. 本人の居所

☒ 自宅（住民登録地）			
自宅以外	☐ 病院に入院 ☐ 施設に入所 ☐ 家族宅等		
	病院・施設名・家族氏名	電話番号	
	所在地・住所	〒	

2. 本人の居所欄
・当てはまる箇所をご記入ください。
・自宅以外の場合は、現在の居所等をご記入ください。

3. 訪問調査日程調整の連絡先 ※平日の日中に連絡がとれるところを記入して下さい

氏名	十日町 太郎		被保険者本人との続柄（子）
電話番号	090-〇〇〇〇-△△△△		自宅・勤務先・携帯番号・その他（
連絡時間	☒ 指定なし ☐ 午前中希望 ☐ お昼頃希望 ☐ 午後希望		
立会い希望	☒ 有 ☐ 無（調査日連絡 ☐ 要 ☐ 否）		
立会う方	☒ 家族（氏名 同上 続柄：子） ☐ 施設職員 ☐ その他（		
連絡先・訪問調査時の注意点などがありましたら記入してください。 例）本人に病名を伝えていないため、訪問調査時には病名を言わないよう気を付けてほしい。 ・耳が聞こえにくいので、大きな声で調査してほしい。など			

3. 訪問調査日程調整の連絡先欄
・訪問日程調整の連絡先、立ち合いをするご家族等の連絡先をご記入ください。
・訪問調査時の注意点がありましたら、ご記入ください。

4. 本人の最近の状況

前回認定後からの変化などを記入してください。

例）転倒を機に生活全般に支障が見られ、介助を必要とする。家庭内外の役割ができなく（しなく）なったなど。

・物忘れが目立つようになってきた。
・デイサービスに通うようになってから、歩行がスムーズになった。など

4. 本人の最近の状況欄
日常生活における支障や身体的な変化などがありましたらご記入ください。

5. 担当ケアマネジャー

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	担当者名	△△花恵
------	-------------	------	------

5. 担当ケアマネジャー欄
わかる範囲でご記入ください。

6. 介護サービスの利用について

※現在利用しているサービスに✓をしてください。また利用日の記入をお願いします。

☐ 訪問介護	利用日（月・火・水・木・金・土・日）
☐ 訪問看護	利用日（月・火・水・木・金・土・日）
☒ デイサービス（通所介護）	利用日（月・火・水・木・金・土・日）
☐ ショートステイ（短期入所生活介護）	利用（予定）日（月日～月日、月日～月日）
☐ 住宅改修	☐ 福祉用具購入 ☒ レンタル（品目：手すり）
☐ 施設入所	☐ 介護保険外サービス（ ☐ おむつ券 ☐ タクシー券 ☐ 介護手当）
☐ 現在、介護サービスを利用していない	

6. 介護サービスの利用欄
現在ご利用のサービスやご希望のサービスがありましたらご記入ください。