

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 4 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	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	医療 保険	保険者名	☐ 新潟県後期高齢者医療広域連合 ☐ 上越市（国民健康保険加入の方） ☒ 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： 4 年 4 月 5 日											
		所 在 地																							

提出代行者 名 称	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・意見及び主治医意見書などの介護保険情報を、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。

被保険者氏名 木田 一郎

受 付 印

※上越市記入欄

申請入力	保険者証返還	資格者証	意見書	
	済・調査時・紛失		新規・継続	在宅・施設
チェックリスト		調査担当地区	調査員名	
未実施・申請同時実施（該当・非該当）				

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○)	・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 6名）
調査場所 (ひとつに○)	・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○)	・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。）

☐ 本人 (申請された方)	フリガナ 姓 名 氏名：高田 花子 続柄：長女
☒ ご家族	住所（本人と異なる場合に記入） ：上越市□□1-1-4
☐ その他	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にお願いします）

☐ 上記日程調整者	フリガナ 姓 名 氏名：春日 太郎 続柄：ケアマネージャー
☒ その他	住所：木田○丁目△番□号
☐ 立会者なし	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○)	○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	調査担当地区	調査員名	点検者
済・調査時・紛失			