請書記入伯

※申請書裏面の介護認定調査連絡票についてもご記入ください。

添付書類

- □ 介護保険被保険者証(原本) … 全員
- □ 医療保険加入情報がわかるもの(写し) (有効期限内の健康保険証、資格確認書等) 国民健康保険、後期高齢者医療保険以外の方のみ
- □ 登記事項証明書(写し) 成年後見人、保佐人が申請する場合

□ 代理権目録(写し)

		介護保険	認定 更新認定 区	区分変更認定∫申請	書 🗕	いずれかを○で囲んでください。
	引市長 :おり被		付の上、申請します。	申請年月日	O 年O月O日	○要介護(要支援)認定申請日の取扱い
	氏名	長岡	二郎	本人との関係	本人 口 代理人 家族 (続柄 子)	【窓口で申請する場合】 申請書類を窓口(市役所または地域包括支援センター)に提出した日が申請日となります。
申請者		※申請者が	び被保険者本人の場合、申請者の	【郵送で申請する場合】 申請書類が長岡市介護保険課に到着した日が申		
	住所	長岡市幸	室町1-2-3	電話番号	39-2296	請日となります。
提出代		該当に〇	地域包括支援センター・指定居宅 介護老人保健施設・介護医療院・		5人福祉施設]	申請書を代行して提出する施設が記入する欄です。
正別及	J 41 11			電話番号		介護保険被保険者証の番号を記入してください。
被	保険	:者 番 号	000000000	〇個人番号 〇〇〇〇	0000000	個人番号(マイナンバー)を記入してください。
医療		険 者 名	□新潟県後期高齢者医療広域連合 □長岡市(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	0 1 1 5 0 0 1 0	【国民健康保険、後期高齢者医療保険の方】 「保険者名」欄の☑のみしてください。
保険	被化記	呆 険 者 号 ・ 番 号	記 号 000000	番 号 000	枝 番	【その他の医療保険の方】 「保険者名」欄の☑と、()内に保険者名を記入してく
	フリ	ガナ	ナカ・オカ タロウ	生年月日 大・	图 28年 3月 1日	ださい。その他の項目についても、保険者番号・記号番号・枝番(写しの添付も必要)を確認のうえ、記入し
被	氏	名	長岡太郎	性別	· 女	骨が「収貨(サレジが下しむ安)を離認い力え、記入してください。
保	住	所	長岡市大手通1-4	一10 電話番号	39–2245	住民票の住所を記入してください。(申請者と同じ 場合は、同上で可。) 訪問調査の連絡先等は、申請書裏面の介護認定
		更新認定申請	要介護状態区分 1 2		援状態区分 1 2	調査連絡票にご記入ください。
- '	生の要	及び区分変更 認定申請の場 合のみ記入	有効期間 令和〇年 〇) 月 O 目 から 令和O	年 〇 月 〇日まで	↑護保険被保険者証に記載されている内容を記入してください。(更新・区分変更の場合)
者区分	獲状態 }等	14日以内に他 自治体から転 入した者のみ 記入	転出元自治体(市町村)名[現在、転出元自治体に要介護 (既に認定結果通知を受け取っている 「はい」の場合、申請日			
		定申請の理由定申請のみ記入)	区分変更申請の方のみ、で	70 to A 2# (0 0 A 4 20		
介部	 隻保険施	設又はその他・入所の有無	無 有 医療機関 特別養護 [名称] 〇〇〇病院	老人ホーム・介護老人保健施	【退院(所)·転院予定】	現在、介護保険施設や病院などに入院・入所している場合に記入してください。 (心身の状態が安定している状況を確認後、訪問調査を行います。)
	(短期入	所を除く。)	OOOMINE		無 (有) 6月 2日)	空日主な主) マジャンの 虚機組み ルナムケタを 20.7
主治	治医	医療機関名		主治医の氏名	新潟 一郎	意見書を書いてもらう医療機関名と主治医名を記入してください。(長期間、受診がないと主治医が意見 ◆書を記入できない場合があります。)
		所 在 比		電話番号	99-8888	主治医が複数いる場合、現在の生活の中で最も 支障になっている部分で受診している医療機関名
		(40歳から64歳	までの医療保険加入者)のみ	記入		主治医名を記入してください。
特定疾		面の佐卍筮入油	賃保険事業の適切な運営のため 。	ソ西がなるしをは 西久渉	初史・西支塔初ウにおっ	【40歳から64歳までの方のみ】 国で定めた16の特定疾病に該当するかどうか、主治
査内容、 一(介護	介護認 予防支援	定審査会による 爰事業者) に提	候味映事業の週切な連呂のため。 5判定結果・意見及び主治医意 示すること、主治医意見書を記 られたときは、それを提示するこ	見書を居宅介護支援事業 載した医師から介護認定審	者又は地域包括支援セン 査会による判定結果 (要	医と相談・確認して記入してください。

裏面の介護認定調査連絡票をご記入ください

長岡、太郎

本人氏名

岡市が保有する公簿で医療保険被保険者番号等を確認することに同意します。

○被保険者本人が署名してください。

続柄

長岡

代筆者氏名

二郎

- ○本人が心身の著しい悪化により署名できない場合は、本人同意のうえ家族が代筆してください。
- ○家族が代筆できない場合は、本人同意のうえ家族以外の第三者が代筆してください。 その場合は、本人氏名欄に本人(被保険者)の押印が必要です。
- 記入例: 本人氏名 長岡 太郎 印 代筆者氏名 OO OO O被保険者が成年被後見人の場合、成年後見人が署名してください。 続柄 施設職員

記入例:本人氏名 長岡 太郎 成年後見人 〇〇 〇〇

子

| 介護認定調査連絡票 | 記入例

			71 HZ	HO-7 C H-7 T				V 17 3					
♦ গ	`護認 !	定を受け	る方のお名前	į	•	◆ 家族構成(どちらかにOをする)							
ふりがな な		ながおか	がおか たろう			ひとり暮らし							
		E D	J án	J. án			家族と同居	引 (↓該	当の場合に(○をする)			
氏	名	依 周	太郎				() 清	弱齢者のみ	()	日中はひとり			
◆ 親	f規申	請、区分	変更申請の増	易合、申請理由 [·]	や身体の	状態	等をご記。	入ください	。(更新申請	は記入不要)			
○月頃から認知症が進み、□月に転倒をして骨折。現在寝たきりの状態です。													
◆ 訓	過查実	施場所(どちらかにOa	をする)	住	民登録	地以外で	で調査を希	6望する場	合は、住所、			
介護認定を受ける方のご自宅				自宅(住民登録	緑の施	設名等	をご記り	入ください	、。(<u>長岡</u> 市	5内、近隣の			
	その	他(施記	设名、病院名	、住所等をご言	記入病	院・旅	記の場合	合は名称の	<u>りみで可</u>)				
○ 東京都○○市□□1-2-3 (長女宅)													
	※入	院中の方	□退院予定	あり(月	日頃	₹)	口未足	官または不	明				
			□転院予定	あり(月	日頃	頁転	院先:		病	院)			
◆部	遺査に	ついての	 連絡先			入院	中の調査	を希望す	る方は、朝	応にはこれ			
調査に	は、原	則平日9	時半~16 時の	間に行います。	(所要問	予定:	が決まっ	ていれば	ご記入くが	ごさい 。			
ふり	りがな	なが	おか はなこ	2	本	人との	関係	平日9日	寺~17 時の)間で			
	T 4		長岡 老子			7		連絡の~	つきやすい	時間帯			
	 毛名	长				3			3 時または	t 16~17 時)			
調査	連絡5	七 ① (① 090-1234-5678			自宅・携帯・その他)			
電話番号		2 (② 03-1234-5678			自宅・携帯・その他 (勤務先:○○会社							
			☑上記ⅰ	車絡先と同じ力	· が立ち	会い							
立ち会い		(t)	3)	(ふりがな				上記の方と違う方が立ち会う					
			/ □その作	□その他 氏名: 電話番号:		•			場合は、氏名、電話番号等をご 記入ください。				
(どち	らかに	=)	□ 1 人で調査可能なため □ 施設・病院職員が対応するため (※)										
○をする ※施設・病院等は原則として、施設・病院職員立ち会いのもと調査を行い										を行います。			
⇒調査日時の決定後、日時の連絡を希望(する・しない)													
		しな	(1)	ま效 生 (ふりがな) 近々 ,		※病院は感染症対策等の理由から、家族が立ち会いで							
			連絡外			きない場合があります。立ち会いを希望する場合は							
			電話番号		①事前に病院へ、立ち会い可能であることを確認して								
◆ 調査時に留意することがありましたらご記」ください。													
口木	人の前	って話しん	こくいことが	····································	②その他	②その他欄へ、家族立ち合い希望がある旨を記入して							
					くださし	١,							
□その他(都合の <u>悪い</u> 日時がある等、あられ ○月○日~○月○日までショートステイ利用のため、不在にします。													
						ン、 か .	仕いしま	9 0					
渓柱・	なりん	、め、ス	こすどし短し	かけてくださ	v ' o				>				

(※00病院で調査の立ち合い許可を取りました。立ち会いを希望します。)