

介護保険

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

記入例

申請区分に○を付けて
ください。

申請年月日 令和 8年 4月 1日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	0
	医 療 保 険	保険者名	〇〇〇〇〇									保険者番号	1 2 3 4 5 6 7											
		被保険者 記号・番号	記号	1 2 3 4 5 6 7 8					番号	1 2 3 4 5			枝番	1										
	氏名	フリガナ	イトイガワ タロウ									生年月日	明・大・昭 8年 4月 1日			性別	男	女						

更新申請の場合は、前回の
介護認定の結果等を記入し
てください。

〇の宮 1 丁目 2 番 5 号
電話番号 025-552-1511

前 回 の 要 介 護 認 定 の 結 果 等	*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入	要介護状態区分	1	2	3	4	5	要支援状態区分	1	2		
		有効期限	平成・令和		年	月	日	から	令和	年	月	日
	※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・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください）									
			「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日									

過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 、 医 療 機 関 等 へ の 入 院 、 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年	月	日	～	年	月	日
	介護保険施設等の名称等・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	年	月	日	～	年	月	日
	有・無	期間	年	月	日	～	年	月	日

有無に○を付けてください。
有の場合は、名称・所在地・期間
を記載してください。

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									

主 治 医	主治医の氏名	かかりつけの医師名	医療機関名	〇〇病院
	所 在 地	〒941-〇〇〇〇 糸魚川市△△1-2-3 電話番号		

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										
認定通知及び被保険者証送付先										
住 所	〒941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号 電話番号 025-552-1511									
氏 名	糸魚川 花子 続柄 妻									

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、介護保険負担割合、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、主治医意見書、糸魚川市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状態等の情報を、糸魚川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、介護予防サービス事業者、介護予防サービス事業者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合）ことに同意します。

※署名
本人が書けない場合も、代筆などで記載してください。

本人氏名 糸魚川 太郎

認定申請受付表

1. 受付情報		受付	
受付場所	福祉事務所・能生事務所・青海事務所 その他（ ）	年	月 日（ ）

必須ではありませんが、調査時の資料になりますので、できるだけ記載してください。

2. 困っていること、サービス希望の理由など

3. 利用したいサービス

《介護保険サービス》

・**デイ** ・ショートステイ ・**訪問介護** ・福祉用具（ ） ・住宅改修
 ・施設入所 ・その他（ ）

《その他サービス》

・市の福祉事業（配食サービス、おむつ券、外出支援サービス、その他）
 ・福祉有償運送ボランティア ・その他（ ）

4-1. 立会い確認 なし ・**あり** →（立会いする人 **糸魚川 花子**）

4-2. 調査連絡先 ・自宅に連絡 ・**来庁者に連絡** ・立会いする人に連絡 ・その他

氏 名	糸魚川 花子	対象者の家族構成
電 話 番 号	025-552-1511	
連絡可能時間	終日	
そ の 他		

4-3. 調査場所 ・**被保険者住所** 入所中（入院中）の施設（※入院の場合： 病棟）
 ・その他（ ）

5. サービス利用の希望開始時期

・**認定が出てからでよい。** ・すぐに使いたい。 ・その他（ ）

6. 担当ケアマネージャー

・希望のケアマネージャーがいる、もしくは希望の事業所がある。→（ ）
 ・**希望なし。**

7. 総合事業対象者のみ記入

介護給付開始日 年 月 日から

延長理由・介護認定結果が出るまで本人が継続してサービスを利用するため。

- ・本人が総合事業のサービス利用を希望しているため。
- ・その他（ ）