

申請区分に○を付けて
ください。

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
要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

記入例

糸魚川市長 様
次のとおり申請します。

個人番号 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0

被 保 者	介護保険 被保険者番号		1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	申請年月日		令和 5 年 4 月 1 日											
	医療 保険	保険者名	○ ○ ○ ○ ○										保険者番号		1 2 3 4 5 6 7											
		被保険者証	記号	1 2 3 4 5 6 7 8										番号	1 2 3 4 5					枝番	1					
	フリガナ		イトイガワ タロウ										生年月日		S2 年 1 月 1 日											
氏名		糸魚川 太郎																								
保 険 者	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										
	所		〒941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号													電話番号 025-552-1511										
	名		糸魚川 花子													続柄 妻										
	要介護・要支援 認定の場合		有効期間 から																							
前回の要介護 認定の結果等		のみ記入		※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。 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」を選択してください） 「はい」の場合、申請日 年 月 日												
入院・入所の 場合は右欄に 記入		施設名 どちらかに○印 {介護保険施設・介護保険施設以外}													期間 年 月 日											
		所在地													年 月 日											

太枠内に記載し
てください。

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 ・次回受診日 令和 5 年 5 月 1 日 電話番号 025-552-〇〇〇〇		

申請者氏名	糸魚川 花子	本人との 関係	妻
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）		
申請者住所	〒941-8501 糸魚川市一の宮1丁目2番5号 電話番号 025-552-1511		

第2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	
-------	--

備考

サービス利用状況（ ）

介護サービス計画の作成
定にかかる調査内容、介
居宅サービス事業者若し
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。

あるときは、介護保険負担割合、要介護認定・要支援認
意見書を地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、
または医師又は認定調査に従事した調査員に提示するこ

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	年 月 日 ()	
	その他 ()		

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 ()