

# 申請書記載例

## 介護保険（新規・更新・区分変更）認定申請書

小千谷市長 あて  
次のとおり申請します。

介護保険被保険者証に記載  
されている番号です。

|             |                                                                |                                                                  |   |   |   |   |   |   |      |                 |   |       |                |
|-------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|---|---|---|---|---|---|------|-----------------|---|-------|----------------|
| 被<br>保<br>者 | 被保険者番号                                                         | 0                                                                | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3    | 4               | 5 | 申請年月日 | 令和 6 年 8 月 1 日 |
|             | 個人番号                                                           | 1                                                                | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8    | 9               | 0 | 1     | 2              |
|             | フリガナ                                                           | コタニ タロウ                                                          |   |   |   |   |   |   | 性別   | (男) ・ 女         |   |       |                |
|             | 氏名                                                             | 小谷 太郎                                                            |   |   |   |   |   |   | 生年月日 | 大・ 12 年 1 月 2 日 |   |       |                |
|             | 住所                                                             | 〒 947-0000<br>小千谷市本町1丁目 〇 番 △ 号 電話番号 81-〇△〇〇                     |   |   |   |   |   |   |      |                 |   |       |                |
|             | 現在の要介護認定の結果等<br><small>※更新及び区分変更認定申請の場合のみ記入</small>            | 要介護状態区分 1 (2) 3 4 5 要支援 1 2<br>有効期間 5 年 10 月 1 日 から 6 年 9 月 30 日 |   |   |   |   |   |   |      |                 |   |       |                |
| 者           | 過去 6 月間の介護保険施設・医療機関等入院入所の有無 (短期入所は除く)                          |                                                                  |   |   |   |   |   |   |      |                 |   |       | (有) ・ 無        |
|             | 介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地 6 年 XX 月 XX 日 から 6 年 XX 月 XX 日まで<br>〇〇〇病院 |                                                                  |   |   |   |   |   |   |      |                 |   |       |                |

【医療保険】□にチェックしてください。【その他】にチェックする場合のみ、保険者名、番号をご記入ください。

- ☐ 小千谷市国民健康保険
 ☒ 新潟県後期高齢者医療保険  
☐ その他（保険者名 記号・番号・枝番 . . . ）

加入している医療保険  
を記入してください。

|             |        |               |          |       |          |  |
|-------------|--------|---------------|----------|-------|----------|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 | 新潟 一郎         |          | 医療機関名 | 〇〇〇病院    |  |
|             | 所在地    | 小千谷市城内1丁目〇番△号 |          | 電話番号  | 81-〇△〇〇  |  |
|             | 受診状況   | 最近の受診日        | 〇年 △月 ×日 | 次の受診日 | 〇年 ×月 ×日 |  |

主治医がいない場合は申請  
時にご相談ください。

【申請者が被保険者本人以外の場合】に記入

|                                   |                                                             |        |   |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------|---|
| 申請者氏名                             | 小谷 花子                                                       | 本人との関係 | 子 |
| 申請者住所                             | 〒947-0000<br>小千谷市〇〇町△△番地 電話番号86-〇〇××                        |        |   |
| 提出者名称<br><small>（印鑑は記入不要）</small> | 該当に〇（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・介護保険施設・介護保険被保険者証を有する者） |        |   |

ご本人様以外が記入する  
場合に記入してください。

【第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）の記入】

|       |                                                       |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------|--|--|
| 特定疾病名 | 40～64歳の方は必ず記入<br>してください。<br>また申請時に医療保険証<br>を提示してください。 |  |  |
|-------|-------------------------------------------------------|--|--|

介護保険被保険者証や更  
新のお知らせをご本人様  
以外へ送付希望の場合ご  
記入ください。

【結果通知・被保険者証を住所変更により送付希望する場合】に記入

|       |                          |        |                  |
|-------|--------------------------|--------|------------------|
| 送付先宛名 | 小谷 花子                    | 本人との関係 | 家族（配偶者）・その他（関係者） |
| 送付先住所 | 〒 -<br>同上                | 電話番号   | 86-〇〇××          |
| 変更理由  | 1. 本人管理ができないため 2. その他（ ） |        |                  |

情報提供に関する同意欄です。  
同意をいただける場合は、本人  
氏名欄に署名をしてください。  
本人が署名できない場合は、代  
筆者が本人氏名欄と代筆者氏  
名欄を記入してください。

介護（介護予防）サービス計画を作成する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  
による判定結果、意見、及び主治医意見書を居宅介護支援事業者、地域包括支援センター又は介護保険施設の保  
見書を記載した医師又は認定調査員に提示することと同意します。

本人氏名 小谷 太郎 （代筆者氏名 小谷 花子）

●労働災害の認定を受けていますか。（はい/いいえ） 労働災害に該当する場合は、労働災害認定書（労働災害認定書）を添付してください。

【事務処理欄】

|       |      |     |
|-------|------|-----|
| 被保険者証 | 資格者証 | 関係者 |
| 済 未済  | 済 未済 | 有・無 |

裏面の連絡票にも記入をお願いします

【労働災害】  
勤務中の事故が原因で現  
在給付金を受けている方

### 第2号被保険者特定疾病（16種類）

○がん（がん末期）○関節リウマチ○筋萎縮性側索硬化症○後縦靱帯骨化症○骨折を伴う骨粗鬆症○初老期における  
認知症○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○脊髄小脳変性症○脊柱管狭窄症○早老症○  
多系統萎縮症○糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症○脳血管疾患○閉塞性動脈硬化症○慢性閉塞性  
肺疾患○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

# 連絡票記載例

## 介護認定調査連絡票(新規・更新・区分変更)

### 1. 介護認定を受ける方のお名前・住所・世帯状況

|      |                |                                        |
|------|----------------|----------------------------------------|
| フリガナ | コタニ タロウ        | ひとり暮らし                                 |
| 氏 名  | 小谷 太郎          | <input type="radio"/> 世帯員あり(世帯主 小谷 太郎) |
| 住 所  | 小千谷市 本町1丁目〇番△号 | (通称町名)                                 |

### 2. 現在利用又は利用を予定しているサービス(利用中・今後申込み予定・利用していない)

| サービス種別        | サービス利用日   | サービス種別        | サービス利用状況  |
|---------------|-----------|---------------|-----------|
| 通所介護(デイサービス)  | 週 回(曜日)   | 福祉用具(貸与)      | 無・有(特殊寝台) |
| 訪問介護(ホームヘルパー) | 月・週 回(曜日) | 福祉用具(購入)      | 無・有( )    |
| 訪問入浴          | 月・週 回(曜日) | 住宅改修          | 無・有( )    |
| 訪問リハビリ        | 月・週 回(曜日) | 短期入所(ショートステイ) | 無・有( )    |
| 訪問看護          | 月・週 回(曜日) | 介護保険外サービス     | 外出支援等・その他 |

|                 |        |            |         |
|-----------------|--------|------------|---------|
| 介護支援専門員(ケアマネ)氏名 | 居宅 マネ子 | 居宅介護支援事業所名 | 〇〇居宅介護支 |
|-----------------|--------|------------|---------|

### 3. 認定調査

●新規・変更申請の場合、申請理由をご記入ください。(更新の場合は不要です。)

|                                             |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|--|
| 新規・変更申請をし<br>ようとお考えになっ<br>た理由を記入してく<br>ださい。 |  |  |  |
|---------------------------------------------|--|--|--|

●現在の居場所(いずれかに〇をつけてください。病院・施設・その他の場合は訪問先をご記入ください。)

|                           |                             |          |     |      |
|---------------------------|-----------------------------|----------|-----|------|
| <input type="radio"/> 自宅  | <input type="radio"/> 病院・施設 | 病院又は施設名: | 病棟: | 相談員: |
| <input type="radio"/> その他 | 訪問先:                        |          |     |      |

#### ●連絡先

|                           |            |                                                |                                                    |
|---------------------------|------------|------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| 連絡先氏名                     | フリガナ 小谷 花子 | 続柄                                             | 本人・夫妻・ <input checked="" type="radio"/> 子の妻・その他( ) |
| 連絡先                       | 第1希望       | 自宅・携帯・勤務先( )                                   | 86-〇〇xx                                            |
| 連絡先                       | 第2希望       | 自宅・ <input checked="" type="radio"/> 携帯・勤務先( ) | 090-〇〇〇                                            |
| 連絡時の留意点<br>(都合の悪い曜日・時間帯等) |            | 調査の日程調整を行う方の連絡先等を記入してください。                     |                                                    |

#### ●立会人同席(同席する・同席しない)

|                           |                     |    |                                                  |
|---------------------------|---------------------|----|--------------------------------------------------|
| 立会人氏名                     | フリガナ 小谷 花子          | 続柄 | 夫・妻・ <input checked="" type="radio"/> 子の妻・その他( ) |
| 連絡先                       | ( ) 86-〇〇xx         |    |                                                  |
| 調査時の留意点<br>(都合の悪い曜日・時間帯等) | 午前中は都合が悪いので午後の調査希望。 |    |                                                  |

●同席しない場合、調査日の連絡は(必要・不要)

●調査時に介護者から個別に聞き取りをする必要(有・無)

●調査時に留意する事項がございましたら以下に記入ください。(耳の聞こえ、認知症の有無等)

|                                                                                                              |                                         |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・病名(がんなどは、本人に言わないでほしい。)</li> <li>・耳が遠いため、調査時は大きな声で質問してほしい。</li> </ul> | 耳の聞こえ、認知症の有無、食事・排泄・歩行状態等の状況についてご記入ください。 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|

以下は事務処理職となりますので記入不要です。

〇介護保険証の回収 回収・未回収(紛失・調査時回収)

申請日 令和 年 月 日 受付日 令和 年 月 日 受付者