# 申請書記入例

※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。

介護保険〔認定 **更新認定** ・区分変更認定〕申請書 ← いずれかを〇で囲んでください。

長岡市長 様

次のとおり被保険者証を添付の上、申請します。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| | | 申請年月日 | 令和元年 5月 1日 | |
| 申請者 | 氏名 | 長岡 二郎 | 本人との関係 | □ 本人 ☑ 家族<br>□ 代理人 |
| | 住所 | ※申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要<br>〒 940−0084<br>長岡市幸町1−2−31 電話番号 39−2296 | | |
| 提出代行者<br>住所及び名称 | | 該当に〇 〔地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設<br>介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・その〕<br>〒<br>電話番号 | | |

**添付書類**

介護保険証(原本)･･･全員

医療保険証(写し)･･･40歳～64歳の人のみ

申請書を代行して提出する施設が記入する欄です。

介護保険証の番号を記入してください。

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 被保険者 | 被保険者番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | 個人番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 |
| | フリガナ | ナガオカ タロウ | 生年月日 | 明・大・(昭) 14年3月1日 |
| | 氏名 | 長岡 太郎 | 性別 | (男)・女 |
| | 住所 | 〒940−8501<br>長岡市大手通1−4−10 電話番号 39−2245 | | |
| | 現在の要介護状態区分等<br>(更新認定申請及び区分変更認定申請の場合のみ記入) | 要介護状態区分 1 2 (3) 4 5 要支援状態区分 1 2 | | |
| | | 有効期間 平成29年 6月 1日 から 令和元年 5月 31日まで | | |
| | 区分変更認定申請の理由 | 区分変更申請の方のみ、できるだけ具体的に申請理由を記入してください。 | | |
| | 介護保険施設又はその他施設の入院・入所の有無<br>有・(無)<br>(短期入所を除く) | 施設所在地及び入院・入所施設名<br>入院・入所中の方のみ、記入してください。 | | |

住民票のある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調査連絡票にご記入ください。

介護保険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)

現在、介護保険施設や病院などに入所・入院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と主治医が判断したときは、訪問調査を行います。
しかし、安定していないとされたときは、ご相談のうえ申請を取り下げていただく場合があります。)

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 新潟 一郎 | 医療機関名 | 新潟雪国医院 |
| | 所在地 | 〒940−9999<br>長岡市古町5−9−9 電話番号 99−8888 | | |

意見書を書いてもらう主治医名と医療機関を記入してください。総合病院などは診療科も記入してください。
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・医師名を記入してください。

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

| | | | |
|---|---|---|---|
| 医療保険者名 | | 医療保険被保険者証記号番号 | |
| 特定疾病名 | | | |

第2号被保険者は、医療保険証の内容を記入してください。

国で定めた16の特定疾病に該当するかどうか、主治医と相談・確認して記入してください。

居宅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を居宅介護支援事業者又は地域包括支援センター(介護予防支援事業者)に提示することに同意します。また、介護認定審査会による判定結果(要介護状態区分等)を主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。

本人氏名 長岡 太郎 (印)

被保険者本人の記名・押印をお願いします。
認定後の居宅サービス計画・介護予防サービス計画に役立てるためのものです。

**裏面の介護認定調査連絡票をご記入ください。**

30年3月1日