

介護保険〔認定・更新認定・区分変更認定〕申請書

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	年 月 日
本人との関係	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄)

申請者	氏名		
	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 電話番号	
提出代行者住所及び名称	該当に○	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設・介護医療院・その他	
		電話番号	

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号			
	医療 保 険	保険者名	<input type="checkbox"/> 新潟県後期高齢者医療広域連合 <input type="checkbox"/> 長岡市(国民健康保険加入の方) <input type="checkbox"/> その他( )		保険者番号	
		被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番	
	フリガナ		生年月日	大・昭 年 月 日		
	氏名		性別	男 ・ 女		
	住所		電話番号			
	現 在 の 要 介 護 状 態 区 分 等	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	
		14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで			
			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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日			
	区分変更認定申請の理由(区分変更認定申請のみ記入)					
介護保険施設又はその他施設の入院・入所の有無(短期入所を除く。)		無・有(医療機関・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護医療院・その他)		【退院(所)・転院予定】 無・有( 月 日)		

主治医	医療機関名	主治医の氏名	
	所在地	電話番号	

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

特定疾病名	
-------	--

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、主治医意見書を記載した医師から介護認定審査会による判定結果(要介護状態区分等)の提供を求められたときは、それを提示すること及び本申請における記載事項を確認するため長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。

本人氏名 \_\_\_\_\_ 代筆者氏名 \_\_\_\_\_ 続柄 \_\_\_\_\_

# 介護認定調査連絡票

## ◆ 介護認定を受ける方のお名前

## ◆ 家族構成(どちらかに○をする)

ふりがな	
氏名	

<input type="checkbox"/>	ひとり暮らし
<input type="checkbox"/>	家族と同居 (↓該当の場合に○をする)
( )	高齢者のみ ( ) 日中はひとり

## ◆ 新規申請、区分変更申請の場合、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)

--

## ◆ 調査実施場所(どちらかに○をする)

<input type="checkbox"/>	介護認定を受ける方のご自宅 (住民登録のある住所)
<input type="checkbox"/>	その他 (施設名、病院名、住所等をご記入ください)
※入院中の方 <input type="checkbox"/> 退院予定あり ( 月 日頃) <input type="checkbox"/> 未定または不明 <input type="checkbox"/> 転院予定あり ( 月 日頃 転院先: 病院)	

## ◆ 調査についての連絡先

調査は、原則平日9時半～16時の間に行います。(所要時間：30～60分程度)

ふりがな		本人との関係	平日9時～17時の間で 連絡のつきやすい時間帯 ( )
氏名			
調査連絡先	①	自宅・携帯・その他 ( )	
電話番号	②	自宅・携帯・その他 ( )	
立ち会い (どちらかに ○をする)	する	<input type="checkbox"/> 上記連絡先と同じ方が立ち会い <input type="checkbox"/> その他 (ふりがな 氏名: 本人との関係: 電話番号: )	
	しない	<input type="checkbox"/> 1人で調査可能なため <input type="checkbox"/> 施設・病院職員が対応するため (※) <b>※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ます。</b> ⇒調査日時の決定後、日時の連絡を希望(する ・ しない)	
		連絡先 (ふりがな 氏名: 本人との関係: 電話番号: )	

## ◆ 調査時に留意することがありましたらご記入ください。

<input type="checkbox"/> 本人の前で話しにくいことがあり、別室や電話にて聞き取りを希望する <input type="checkbox"/> その他 (都合の悪い日時がある等、あらかじめ伝えたいこと) ( )
--

※長岡市使用欄-----これより下には記入しないでください-----

--