

申請書の記入例

様式第1号(第4条関係)

長野市介護保険 要介護・要支援 認定申請書

介護保険の保険証の番号を記入します。申請します。

65歳以上の方で、長野市国民健康保険又は長野県後期高齢者医療に加入の場合は、医療保険欄は記入不要です。

この申請書はOCR処理で読取りを行うため、記入の際は各枠内に正確にご記入ください。

新規 更新 変更

介護保険被保険者番号	0000123456	申請年月日	令和4年1月5日
医療保険被保険者名	全国健康保険協会 長野支部	保険者番号	11111111
医療保険被保険者証記号	99999999	番号	1234
医療保険被保険者証枝番		枝番	01
フリガナ	カイゴ タロウ	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	介護 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input checked="" type="checkbox"/> 昭 10年10月10日
住所	〒380-8512 長野市 大字鶴賀緑町1613番地	電話(被保険者本人の連絡先)	(226) 4911
現在の生活場所(住所と違う場合に記入)	〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町9999番地	電話	()
入院・入所先名称(入院・入所の場合に記入)	長野クリニック	区分	<input type="checkbox"/> 親族宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 ()
入院・入所日	令和3年12月1日	院・退所予定日	令和 年 月 日
申請日から遡って1週間以内に入院・入所していた場合も記入。			
前回の認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5 要支援状態区分 1 2 自立 申請歴無し	有効期間	平成・令和3年3月1日 ~ 平成・令和4年2月28日
変更申請の場合その理由	<input type="checkbox"/> 心身の状況の変化 <input type="checkbox"/> その他 ()		

窓口に来られたあなた(被保険者本人の場合は、申請者区分以外は記入不要です。)

申請者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業者 <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設(指定・地域密着) <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他事業所 <input type="checkbox"/> その他		
氏名	介護 五郎	本人との関係	子
住所	〒388-8006 長野市篠ノ井御幣川281-1	連絡先(日中連絡が取れる連絡先を記入)	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ()
提出代行者(代行事業所の場合に記入)		電話	(293) 6070
訪問調査等に関する問合せ先(上記の欄と同じ場合は、記入不要です。)			
氏名	支援 花子	本人との関係	子
住所	〒381-0034 長野市大字高田9999番地	連絡先(日中連絡が取れる連絡先を記入)	<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ()
		電話	090(9999)9999

訪問調査の日程調整及び調査に当たり留意すべき事項(立会人に関する事、サービス利用日等)を記入してください。

伝達事項	電話は午前希望。 毎週月・金はデイサービス利用中。 1月4日受診時に、長野一郎医師へ意見書作成依頼、了承済。	医療機関に相談して記入してください。
------	--------------------------------------------------------------	--------------------

主治医	主治医の氏名	長野 一郎	医師	医療機関名	長野クリニック
	所在地	長野市大字鶴賀緑町9999番地			
	特定疾病の名称	リスト番号	13	名称	脳血管疾患

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するためには、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長野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、介護保険施設等の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。(介護サービス計画表、介護予防支援計画表を主治医意見書を記載した医師に提示することを含む)	本人氏名	介護 太郎
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------	-------

リスト番号	特定疾病の名称
1	がん※医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る
2	関節リウマチ
3	筋萎縮性側索硬化症
4	後縦靭帯骨化症
5	骨折を伴う骨粗鬆症
6	初老期における認知症
7	パーキンソン病関連疾患
8	脊髄小脳変性症
9	脊柱管狭窄症
10	早老症
11	多系統萎縮症
12	糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13	脳血管疾患
14	閉塞性動脈硬化症
15	慢性閉塞性肺疾患
16	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

- 申請に必要なもの
- この申請書
 - 介護保険の保険証(なくした場合は申請時に申し出てください。)
 - 主治医の意見書(主治医から渡された場合)
 - 健康保険の保険証(40歳から64歳までの方)

お問い合わせ
長野市介護保険課 認定担当
(直通)026-224-7891

枠内の説明に対して、同意をされる方はご署名をお願いします。