

長野市介護保険 要介護・要支援 認定申請書

☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 変更

(宛先) 長野市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

被 保 険 者	介護保険者番号		個人番号	
	医療保険者番号		保険者番号	
	被保険者名		記号	番号
	フリガナ		性 別	☐ 男 ☐ 女
	氏 名		生 年 月 日	☐ 明 ☐ 大 ☐ 昭 年 月 日
	住 所	〒	電話(被保険者本人の連絡先)	()
	現在の生活場所 (住所と違う場合に記入)	〒	電話	()
	入院・入所先名称 (入院・入所の場合に記入)		入院・入所日	令和 年 月 日
	退院・退所予定日		令和 年 月 日	
	区分	☐ 親族宅 ☐ 病院・施設 ☐ その他 ()		
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			
変更申請の場合その理由	☐ 心身の状況の変化 ☐ 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 書 提 出 者	申請者区分	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業者 ☐ 介護老人福祉施設(指定・地域密着) ☐ 介護老人保健施設 ☐ 介護医療院 ☐ その他事業所 ☐ その他
	氏 名	本人との関係
	住 所	連絡先 (日中連絡が取れる連絡先を記入) ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ () 電話 ()
	提出代行者 (代行事業所の場合に記入)	事業所番号

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。)

連 絡 人	氏 名	本人との関係
	住 所	連絡先 (日中連絡が取れる連絡先を記入) ☐ 自宅 ☐ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ () 電話 ()

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

伝達事項	
------	--

主 治 医	主治医の氏名	医師	医療機関名
	所在地		電話 ()

第2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入の方)は、この欄も記入してください。

特定疾病の名称	リスト番号	名称
---------	-------	----

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
--	--	------

市 処 理 欄	意見書	資格者証発行	資 格	申請・連絡先入力	意見書入力	受付支所コード	割振コード	申請開始日	前回調査事業所	受付日
	☐ 入手済	☐ 収納(新規)	☐ 2 号		☐ 1 在 新					
	☐ 依頼済		☐ 転入継続		☐ 2 施 新					
	☐ 依頼なし		☐ 転入新規		☐ 3 在 継					
調査員	日時	A・P : ()		・立会 ☐ 有 () ☐ 無		・P ☐ 有 ☐ 無		支所		