

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。

申請年月日 令和 6 年 10 月 1 日

☐ 新規 ☒ 更新 ☐ 変更

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。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	000001234567										人	初めての場合は「新規」に☑をします。									
	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	1111111111									
	被保険者証 記号	99999999										番号	1234									
												枝番	01									
	フリガナ	カイゴ タロウ										性別	☒ 男 ☐ 女									
	氏名	介護 太郎										生年月日	☐ 明 ☐ 大 ☒ 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)	(2 2 6) 4 9 1 1									
	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	☐ 親族宅 ☒ 病院・施設 ☐ その他 ()									
	入院・入所日	令和 6 年 9 月 1 日										院・退所予定日	令和 6 年 9 月 28 日									
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) 5 年 11 月 1 日 ~ 平成(令和) 6 年 10 月 31 日																					
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 ☐ 指定介護療養型医療施設 ☐ 介護医療院 ☒ その他事業所 ☒ 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 2 8 1 - 1										連絡先(日中連絡が取れる連絡先を記入)	☒ 自宅 ☒ 携帯 ☐ 勤務先 ☐ ()									
	提出代行者 (代行事業所の場合に記入)											電話	(2 9 3) 6 0 7 0									

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。)

調査の日程を決めるために連絡しますので、日中連絡が取れる連絡先を記入してください。

連 絡 人	氏名	支援 花子										本人との関係	子									
	住所	〒 381-0034 長野市大字高田 9 9 9 9 番地										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	0 9 0 (9 9 9 9) 9 9 9 9									

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	認定調査はショートステイ先を希望。(ショートステイ〇〇 長野市大字鶴賀●●番地)
	ショートステイ期間 10月10日~10月31日)
	申請者へも調査日のみ連絡ください。

認定調査場所がショートステイ先や転院先等の場合は、調査場所の名称、住所及び入所・入院期間等を記載してください。

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 9 9 9 9 番地										医療機関に相談して記入してください。										

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	13	名称	脳血管疾患
---------	-------	----	----	-------

40歳から64歳までの方のみ記入します。特定疾病の名称は医師に相談の上、下記の特定疾病名称リストから選択して記入してください。

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

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。

特定疾病名称リスト(40歳から64歳の方のみ参照)	
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