

# 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		保険者番号	
	医療保険	被保険者名	記号	番号	枝番	
	フリガナ	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			
	氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 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 ( )		区分	<input type="checkbox"/> 親族宅 <input type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	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			
	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	<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 書 提 出 者	申請者区分	<input type="checkbox"/> 本人 <input 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"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他事業所 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ( ) 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) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> ( ) 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(立会人に関する事、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、要介護認定等にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、長野市が提供を受けた介護サービス計画等並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

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
	<input type="checkbox"/> 人手済	<input type="checkbox"/> 収納(新規)	<input type="checkbox"/> 2号 <input type="checkbox"/> 転入継続 <input type="checkbox"/> 転入新規 <input type="checkbox"/> 1号扱い		<input type="checkbox"/> 1 在 新 <input type="checkbox"/> 2 施 新 <input type="checkbox"/> 3 在 継 <input type="checkbox"/> 4 施 継					
	<input type="checkbox"/> 依頼済 <input type="checkbox"/> 依頼なし 調査員		日時	( )	・立会 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 無	・P <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

支所