

# 申請書の記入例

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処理で読み取りを行うため、記入の際は各枠内に正確にご記入ください。

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

新規  更新  変更

介護保険の保険証の番号を記入します。

申請年月日 令和 8 年 4 月 1 日

介護保険被保険者番号	00000123456	人	初めての場合は「新規」に☑をします。
医療保険者名	全国健康保険協会 長野支部	保険者番号	1111111111
被保険者記号	99999999	番号	1234
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 55 年 1 月 1 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	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。	院・入所日 令和 8 年 3 月 1 日 院・退所予定日 令和 8 年 5 月 31 日
区分	<input type="checkbox"/> 親族宅 <input checked="" type="checkbox"/> 病院・施設 <input type="checkbox"/> 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	有効期間	平成・令和 7 年 6 月 1 日 ~ 平成・令和 8 年 5 月 31 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他事業所 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先 ( ) 電話 (293) 6070
提出代行者(代行事業所の場合に記入)			
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。
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 ( ) 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	1か月前に骨折。2週間前に手術完了。退院後、施設利用を希望。退院直前に病院での調査を希望。 心身の状況や今後のサービス利用の見込み等を入力してください。また、住所、現在の生活場所のいずれに調査に行けばよいか?(いずれでもない場合は明記)も入力してください。
------	---

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 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

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	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。

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)

お問い合わせ  
長野市介護保険課 認定担当  
(直通)026-224-7891