

(表)

介護保険 要介護認定・要支援認定 申請書  
要介護更新認定・要支援更新認定

小樽市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 3 月 23 日

被 保 者	介護保険被保険者番号		△ △ △ △ △ △ △ △ △ △	個人番号																				
	医療 保険	保険者名		北海道後期高齢者医療広域連合				保険者番号																
		被保険者記号・番号		記号				番号		枝番														
	フリガナ		オタル ハナコ				生年月日		現在の介護度と有効期間を記入してください。															
	氏名		小樽 花子				性別																	
	住所		〒047-△△△△ 小樽市稲穂□丁目○番△号				電話番号		0134-△△-〇〇〇〇															
	前回の要介護 認定の結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入		要介護状態区分		1	2	3	4	5	要支援状態区分		1	2										
		有効期間		年		月	日	から		年		月	日											
	※14日以内に 他自治体から 転入した者の み記入		転出元自治体(市町村)名 [ ] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (現に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日																					
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地		入院もしくは入所している場合、病院または施設の名称・住所を記入してください											期間		年	月	日	～	年	月	日	
介護保険施設等の名称等・所在地													期間		年	月	日	～	年	月	日			
医療機関等の名称等・所在地		〇〇病院 花園1丁目○番○号											期間		R8年	3月	23日	～	年	月	日			
有・無		医療機関等の名称等・所在地		期間														年	月	日	～	年	月	日

ご本人が申請する場合はご本人のお名前、ご家族の方が代理で申請する場合はご家族のお名前、続柄を記入してください

提出 代 行 者	名称	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院) ※地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、施設が代行で提出する場合は事業所・施設の名称、及び担当者氏名の記入をお願いいたします。(押印不要)																	
	住所	〒047-△△△△ 小樽市稲穂□丁目○番△号											電話番号		0134-△△-〇〇〇〇				

主 治 医	主治医の氏名	介護 太郎 ← かかりつけの 医師名	医療機関名	〇〇病院 ← かかりつけの 病院名															
	所在地	〒047-△△△△ 小樽市稲穂□丁目○番△号											電話番号		0134-△△-〇〇〇〇				

第二号被保険者(40歳から64歳の医療保険加入者)のみ

特定疾病名	※40歳から64歳の方が申請する場合には、加入されている健康保険証の写しをいただきます。																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、小樽市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画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、小樽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。

↑ 上記をよく確認して御署名をしてください。 → 本人氏名 **小樽 花子** (印)  
※本人氏名で御記載ください (自署の場合は押印不要です)

該当する項目に○を付けてください。

氏名	小樽 花子	申請 区分	新規・更新 要支援からの見直し(新規)								
調査の連絡先	1 本人 電話番号 ( ) ② 上記以外 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>氏名</td> <td>小樽 一郎</td> </tr> <tr> <td>本人との関係</td> <td>長男</td> </tr> <tr> <td>同居の有無</td> <td>同居・別居</td> </tr> <tr> <td>電話番号</td> <td>(0134) △△-〇〇〇〇</td> </tr> </table>	氏名	小樽 一郎	本人との関係	長男	同居の有無	同居・別居	電話番号	(0134) △△-〇〇〇〇		
氏名	小樽 一郎										
本人との関係	長男										
同居の有無	同居・別居										
電話番号	(0134) △△-〇〇〇〇										
調査時の同席の有無	① 有(連絡先と同じ場合⇒右の氏名等省略) 2 無 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>氏名</td> <td>小樽 一郎</td> </tr> <tr> <td>本人との関係</td> <td>長男</td> </tr> </table>	氏名	小樽 一郎	本人との関係	長男		※ 調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあれば、下欄の備考に記入してください。				
氏名	小樽 一郎										
本人との関係	長男										
調査場所	① 自宅 2 病院・介護施設など (病院・施設名 ) 3 その他 (場所 ) (理由 )										
調査の都合の悪い日	① なし 2 ある (月(午前・午後)、火(午前・午後)、水(午前・午後)、木(午前・午後)、金(午前・午後)) ※ 注意点 (1) 原則として、土・日・祝日及び夜間の訪問調査はできません。 (2) 訪問日は、都合の悪い日を考慮の上、決めさせていただきます。										
備考	1週間後に退院のため、調査は退院後に自宅をお願いします。										
小樽市連絡欄	※ この欄は、記入しないでください。										