

介護保険  
【記入例】

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

阿賀野市長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 ○年 ○月 ○日

|  |   |   |  |  |  |                  |             |                |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|---|--|--|--|------------------|-------------|----------------|--|--|----|----------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 介護保険<br>被保険者番号                               | 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8                           | 個人番号  |  |  |  |                  |             |                |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 医療<br>保険                                     | 保険者名  | 新潟県後期高齢者医療<br>広域連合  |  |  |  |                  | 保険者番号       | 39152236       |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 被保険者<br>記号・番号                                 | 記号  |  |  |  | 番号               | 12345678    |                |  |  | 枝番 |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 氏名   | フリガナ  | アガノ タロウ   |  |  |  |                  | 生年月日        | 明・大・昭 ○年 ○月 ○日 |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 氏名  | 阿賀野 太郎  |  |  |  |                  | 性別          | 男 ・ 女          |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 住所   | 〒959-2092 阿賀野市 岡山町10番15号<br>電話番号 0250-62-2510 |   |  |  |  |                  |             |                |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 前回の要介護<br>認定の結果等                             | *要介護・要<br>支援更新認<br>定の場合の<br>み記入               | 要介護状態区分 1 2 3 4 5   |  |  |  |                  | 要支援状態区分 1 2 |                |  |  |    | 有効期限 平成・令和 年 月 日から令和 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | ※14日以内<br>に他自治体<br>から転入し<br>た者のみ記<br>入        | 転出元自治体（市町村）名 [ ]<br>現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。<br>(既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<br>「はい」の場合、申請日 令和 年 月 日 |  |  |  |                  |             |                |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 過去6月間の<br>介護保険施設、<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>有無 | 介護保険施設等の名称等・所在地                               |   |  |  |  | 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<br>京ヶ瀬病院                        |   |  |  |  | 期間 ○年○月○日～○年○月○日 |             |                |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 有 ・ 無  | 医療機関等の名称等・所在地<br>阿賀野診療病院                      |   |  |  |  | 期間 ○年○月○日～○年○月○日 |             |                |  |  |    |                            |  |  |  |  |  |  |  |  |

|       |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|       | 住所 | 〒 電話番号   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|     |        |  |  |  |  |  |       |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------|--|--|--|--|--|-------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 | 阿賀野 花子                                     |  |  |  |  | 医療機関名 | 阿賀野診療病院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 所在地    | 〒959-XXXX 阿賀野市岡山町△△番地<br>電話番号 0250-○○-○○○○ |  |  |  |  |       |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入

|       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 特定疾病名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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、阿賀野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、阿賀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 阿賀野 太郎

## 本人による申請の場合の確認欄

### ○番号確認

① 個人番号カード

② 通知カード

③ 個人番号が記載された住民票

④ ①～③まで困難であると認められる場合

ア 保険者等において住民基本台帳の確認等

### ○身元（実存）確認

① 個人番号カード

② 運転免許証、旅券、身体障害者手帳、精神障害者保健福祉手帳 等

③ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの（氏名・生年月日又は住所が記載されているもの）

④ ①～③まで困難であると認められる場合は以下の書類を2以上

ア 公的医療保険の被保険者証、年金手帳等（介護保険被保険者証と負担割合証等）

## 代理人による申請の場合の確認欄

（来庁者氏名：**阿賀野 次郎** 続柄：**長男**）

### ○代理権

① 法定代理人（成年後見人等）  
戸籍謄本その他資格を証明するもの

② 任意代理人  
委任状

③ 上記が困難な場合  
本人の介護保険被保険者証等官公署から本人に対し本件に限り発した書類等

### ○代理人の身元（実存）確認

① 代理人の個人番号カード・運転免許証 等

② 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類であって、写真の表示等措置が施され、個人番号利用事務実施者が適当と認めるもの（氏名・生年月日又は住所が記載されているもの）（介護支援専門員証等）

③ ①②が困難であると認められる場合、以下の書類を2以上  
公的医療保険の被保険者証、年金手帳等（介護保険被保険者証と負担割合証等）

### ○本人の番号確認

① 本人の個人番号カード又はその写し

② 本人の通知カード又はその写し

③ 本人の個人番号が記載された住民票の写し等

④ ①～③までが困難であると認められる場合  
ア 保険者等において住民基本台帳の確認等

\* 代理人申請で「本人の番号確認」を④とした場合は、代理権欄、代理人の身元確認欄のチェックが必要となる。（④の同意がない場合は裏面の記載不要）

\* 代理人申請で同居の者が申請する場合は、運転免許証等の身元確認書類はチェックでよい。

\* 代理人申請で同居でない者が申請する場合は、運転免許証等の身元確認書類は写しを添付する。