

記載例

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 要介護認定区分変更・要支援認定区分変更

身延町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和6年 5月 1日

被 保 者	被保険者番号	3650123456				個人番号													
	フリガナ	ミノノ ハナコ				生年月日	S30年9月16日			() 歳									
	氏名	身延 花子				性別	女												
	住所	〒409-3304 山梨県南巨摩郡身延町切石117-1 電話番号055-111-1111																	
	前回要介護認定の結果等	要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	有効期間	令和	年	月	日	から	令和	年	月
過去6月間の 介護保険施設 ・医療機関等 入院入所の 有無	介護保険施設の名称等・所在地					期間			年	月	日	～	年	月	日				
	介護保険施設の名称等・所在地					期間			年	月	日	～	年	月	日				
	医療機関等の名称等・所在地 介護病院					期間			令和6	年	3	月	5	日	～	年	月	日	
	医療機関等の名称等・所在地					期間			年	月	日	～	年	月	日				

有 ・ 無

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・指定介護療養型医療施設） (上記に該当する事業者が提出する場合に記入)		印
	住所	〒 電話番号		

主 治 医	主治医の氏名	介護 良男	医療機関名	介護病院
	所在地	〒409-3304 山梨県南巨摩郡身延町切石117-1 電話番号 055-222-2222		

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

医療保険者名	医療保険被保険者証記号番号
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、及び主治医意見書を、身延町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若しくは介護保険施設の関係人、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。

市町村記入欄			
新規	更新	変更	受付担当者

本人氏名

身延 花子

申請者連絡票（身延町）

被保険者番号 **3650123456**

フリガナ **ミノノ ハナコ**

被保険者氏名 **身延 花子**

生年月日 大**昭** **30**年 **9**月 **16**日

記載例

認定調査に必要な資料となりますので、該当するものすべてにご記入をお願いします。

申請区分	新規 <input type="radio"/> 更新 <input checked="" type="radio"/> 変更 <input type="radio"/>	申請年月日	令和 6 年 5 月 1 日
調査を行う場所 <small>調査を行う場所を選択し、住所・電話番号を記入してください。施設・病院の場合は、入所・入院日、退所・退院予定、施設・病院名も記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 家族・親族宅 <input type="checkbox"/> 施設 → 入所日 年 月 日 ~ 退所予定 無・有(月 日頃) <input checked="" type="checkbox"/> 病院 → 入院日 6 年 3 月 5 日 ~ 退院予定 無 ・有(月 日頃)		
	認定調査 訪問先 住所（施設名・病院名）		電話番号
身延町切石117-1 A病棟201		055-111-1111	
認定調査を行う場所（自宅または施設・病院名）と住所、連絡先を記入 ※ 病院の場合、わかれば病棟・病室もご記入ください。			
主治医 <small>（意見書作成医）</small> <small>最終診察日・受診予定日についても必ず記入してください。</small>	医療機関名： 介護病院 医師氏名： 介護 良男 （ 内 科）		
	住所： 身延町切石117-1 必ずご記入ください。		
最終診察日：令和 6 年 3 月 5 日 受診予定日：令和 6 年 5 月 9 日			
サービスの種類と利用日 <small>利用中のサービスの予定を記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> ショートステイ ① 月 日 ~ 月 日 ③ 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日 ④ 月 日 ~ 月 日		
	<input type="checkbox"/> デイサービス 日・月・火・水・木・金・土 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 日・月・火・水・木		
利用しているもののみご記入ください。			
家族等の調査時の立会い及び家族等の連絡先	<input checked="" type="checkbox"/> 立会う → 調査立会いに都合の悪い日・時間（ 毎週木曜 ）		
	<input type="checkbox"/> 立会えない → <input type="checkbox"/> 連絡不要 <input type="checkbox"/> 介護状況等について伝えたい為、連絡は必要 ※ 介護状況等の聞き取りのみで、介護度などをお知らせするものではありません。		
介護認定調査員の 通話・調査可能時間 平日 8:30~17:15	フリガナ ミノノ タロウ		
	氏名 身延 太郎 続柄・関係 長男		
	電話番号 055-222-2222	平日の通話可能な曜日や時間帯 午後3時以降	
携帯番号 090-0000-0000	平日の通話 平日の日中にご連絡いたしますので、ご協力をお願いします。		
申請に至った理由 <small>現在の心身・介護の状況、主な病名、居住環境、日常生活での困り事、前回の調査から変化があった事等を記入してください。</small>	今回の申請を行った経緯をご記入ください。 例) 転倒により、認知症の進行により など・・・ ※ 更新の場合でも、前回調査から状況が変わっていることがあればご記入ください。		

有効期間： 月末 同伴： する（同伴者： 電話 _____）・しない

町記入欄 同伴可能日： _____