

要介護認定・要支援認定
介護保険要介護更新認定・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

年

月

日

被 保 者	被保険者番号											個人番号										
	フリガナ											生年月日	年 月 日 ()									
	氏名											性別										
	住所	〒																				
	電話番号																					
險	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	日											
	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			
有・無	医療機関等の名称等・所在地										期間	年	月	日	～	年	月	日				
	医療機関等の名称等・所在地										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・指定介護療養型医療施設）																	
	住所	〒																	
		印																	
		電話番号																	

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒																				
		電話番号																				

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

申請者連絡票（身延町）

被保険者番号

フリガナ

被保険者氏名

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成のため峡南広域行政組合に提出されます。
申請書と重複してご記入いただく部分もありますが、ご了承をお願いします。

申請区分	新規	更新	変更	申請年月日	令和	年	月	日
所在先 認定調査を行う場所を○で選択	住所： ・自宅 ・家族宅 ・施設 ・病院 ※施設・病院を選択された方は施設・病院名、住所を記載してください。			電話番号：				
期間 自宅以外の方は記入	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 ・ 未定							
主治医 （意見書作成医） 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。	医療機関名：			医師氏名：		(科)		
	住所：							
	最終診察日：		令和 年 月 日		受診予定日：		令和 年 月 日	
ショートステイの利用状況	予定あり・利用中 月 日 ～ 月 日 施設名：							
サービスの利用日と種類	毎週・隔週 月・火・水・木・金・土・日					○ デイサービス △ ホームヘルプ □ その他		
家族等の調査時の立会い及び家族等の連絡先	<input type="checkbox"/> 立会う		<input type="checkbox"/> 立会えないが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で、介護度などをお知らせするものではありません。					
	<input type="checkbox"/> 立会わない							
	フリガナ							
	氏名				続柄			
介護認定調査員の通話調査可能時間 平日 8:30～17:15	電話番号				通話可能時間			
	携帯番号				通話可能時間			
申請に至った経緯 新規・変更申請の方のみ記入してください。								

有効期間： 月末 同伴： する（同伴者： 電話 ）・しない

町記入欄

申請者連絡票は、身延町及び峡南広域行政組合個人情報保護条例により管理され、介護保険事務以外の用途に用いることは一切ありません。

--	--	--