

記載例

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

南巨摩郡身延町長 様
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	6 5 0 0 0 0 0 0 0 0	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2
	フリガナ	ミノノ ハナコ		生年月日 昭和20年 9月 14日 (〇〇 歳)
	氏名	身延 花子		性別 男 ・ 女
	住所	〒 409-3304 山梨県南巨摩郡身延町 切石117番地1 電話番号 0556-20-0000		
	前回要介護 認定の結果等	*要介護・要支援更 新認定の場合のみ記入 *14日以内に他自治 体から転入した者の み記入	要支援 1 2 要介護 ① 2 3 4 5 有効期間 令和〇年 〇月 〇日 から 令和〇年 〇月 〇日 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。 (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」の場合、申請日 年 月 日 はい ・ いいえ	
過 去 6 月 間 の 介 護 保 険 施 設 ・ 医 療 機 関 等 入 院 入 所 の 有 無	介護保険施設等の名称等・所在地 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設に入所している場合に記入)		期 間 年 月 日 ~ 年 月 日	
	介護保険施設等の名称等・所在地 (特別養護老人ホーム・介護老人保健施設に入所している場合に記入)		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 RO年 〇月 〇日 ~ RO年 〇月 〇日	
	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・介護医療院）
	住 所	〒 該当する事業者が代行で提出する場合のみ記入 電話番号

主 治 医	主治医の氏名	【裏面連絡票に記載】	医療機関名	【裏面連絡票に記載】
	所 在 地	〒 【裏面連絡票に記載】 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	身延町国民健康保険	医療保険被保険者証 記号番号枝番	6 0 0 0 0 0 0 0
特 定 疾 病 名	関節リウマチ		

介護保険の被保険者であるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、
介護保険の被保険者であるときは、地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅
介護保険の被保険者であるときは、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		
包括	介護	受付

本人氏名

身延 花子

個人番号は不明であれば
記入不要です。

該当がある場合は
記入してください。

過去半年間に施設入所、病院への
入院があれば記入してください
(ショートステイは不要)

記載例

認定業務に必要な情報ですので、
記入漏れのないようお願いします。

介護保険被保険者証に記載されている
10ケタの数字です。

申請者連絡票（身延町）

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成を円滑に実施するために、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、ご了承ください。

被保険者
番号(10ケタ) **6 5 0 0 0 0 0 0 0 0**
フリガナ **ミノノ ハナコ**
被保険者氏名 **身延 花子**
(認定を受ける方)
生年月日 大・**昭20**年 **9**月 **14**日

あてはまるものにチェック（し点）を入れてください

申請区分	☐ 新規 ☒ 更新 ☐ 変更	申請年月日	令和 年 月 日
調査場所	☒ 自宅(ご在宅) ⇒ 調査場所 身延町切石117番地1 ☐ 親族宅 ⇒ 自宅・親族宅 または 病院・施設の いずれかを必ず記入してください。 電話番号: 0556-20-0000 (所) 期間 ☐ 病院(入院中) ⇒ 施設名: 介護病院 201号室 月 日 ~ 未定 日 予定 ☐ 施設(入所中) ⇒ 所在地: 山梨県南巨摩郡身延町切石000番地 ※部屋番号も分かればご記入ください。(電話番号: 0556-20-0000)		
主治医 (意見書作成医)	医療機関名: 介護病院 医師氏名: 介護良男 (整形外科) 医師 医療機関の所在地: 山梨県南巨摩郡身延町切石000番地 最終診察日: 令和 年 月 日 次回受診日: 令和 年 月 日 医師氏名はフルネームで記載をしてください。		
利用中のサービス	今後の利用予定を記入してください。 ☒ ショートステイ ① 月 日 ~ 月 日 ② 月 日 ~ 月 日 ☐ デイサービス ☒ (デイケア) 利用日 (曜日に丸) ⇒ 日 月 火 水 木 金 土 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 利用日 (曜日に丸) ⇒ 日 月 火 水 木 金 土 利用しているものがあれば記入してください。		
認定調査時の立会い	☒ 立会う フリガナ ミノノ イチロウ ※ケアマネが同伴する場合は必ずお申し出ください。 ⇒ 氏名 身延 一郎 本人との続柄 長男 ☐ 立会えないが連絡を希望 ※平日の日中に対応いただける連絡先をご記入ください。 日程調整 連絡先 090-0000-0000 連絡可能な時間帯 15時以降 ※状況の聞き取りのため、介護度などをお知らせするものではありません。 調査立会いができない日・時間 毎週木曜日の午前中 ☐ 立会わない(連絡不要) 立会わない場合でも連絡先の記載がある場合、記載の番号に日程調整の連絡を行います。		
申請の理由	今回の申請を行った経緯をご記入ください。 例) 転倒により〇〇を骨折し、歩行困難になった 認知症の進行により食事を忘れる、徘徊してしまう 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。 現在の状況、主な病名、居住環境、日常生活での困りごと、前回の調査からの変化など、気軽に記入ください。		

医師氏名はフルネームで

休日・夜間の対応はできませんのでご注意ください。

町記入欄

有効期間: 月末 同伴: あり(同伴者:) なし
同伴可能日:
在宅介護実態調査
有・無

申請者連絡票は、身延町およ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。

R7.4.1

申請書は黒のボールペンで記入してください。
(消えるインクのペンや、鉛筆での記入はお控えください)