

# 記載例

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  
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 ○年 ○月 ○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	ミノブ ハナコ		生年月日	昭和00年 0月 00日
	氏名	身延 花子		性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
	住所	〒409-3304 山梨県南巨摩郡身延町切石000番地 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 有効期間	要支援 1 2 要介護 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5 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	*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。 (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		
	<input checked="" type="radio"/> 有・無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (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)		
介護保険施設等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (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)			
医療機関等の名称等・所在地		期間 RO年 ○月 ○日 ~ RO年 ○月 ○日 介護町立病院			
医療機関等の名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日			

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)

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	〒 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">該当する事業者が代行で提出する場合のみ記入</span> 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	〒 <span style="border: 1px solid red; padding: 2px;">【裏面連絡票に記載】</span> 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	60000000
特定疾病名	関節リウマチ		

40歳から64歳の方は、この欄も必ず記入してください。申請時に医療保険の被保険者証の提示が必要です。

市町村記入欄		
包括	介護	受付

本人氏名

身延 花子

裏面も必ず  
ご記入ください

# 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 **ミノブ ハナコ**  
被保険者氏名 (認定を受ける方) **身延 花子**  
生年月日 大・**昭**〇年 〇月 〇日

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	<input checked="" type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	申請年月日	令和 〇年 〇月 〇日
調査場所	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(ご在宅) → 調査場所 <b>身延町切石 000 番地</b> <input type="checkbox"/> 親族宅 → <b>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。</b> (電話番号: <b>0556-20-0000</b> ) <input type="checkbox"/> 病院(入院中) → 病院または施設名: <b>介護町立病院 201 号室</b> 〇月 〇日～未定月 日予定 <input type="checkbox"/> 施設(入所中) → 所在地: <b>山梨県南巨摩郡身延町切石 000 番地</b> ※部屋番号も分かればご記入ください。(電話番号: <b>0556-20-0000</b> )		
主治医 (意見書作成医)	医療機関名: <b>介護町立病院</b> 医師氏名: <b>介護良男</b> (整形外科) 医師 医療機関の所在地: <b>山梨県南巨摩郡身延町切石 000 番地</b> 最終診察日: 令和 〇年 〇月 〇日 次回受診日: 令和 〇年 〇月 〇日		
利用中のサービス	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ 今後の利用予定を記入してください。 ① 〇月 〇日～ 〇月 〇日 ② 月 日～ 月 日 <input type="checkbox"/> デイサービス <input checked="" type="checkbox"/> (デイケア) 利用日 (曜日に丸) ⇒ 日 月 <b>火</b> 水 <b>木</b> 金 土 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 利用日 (曜日に丸) ⇒ 日 月 火 水 木 金 土		
認定調査時の立会い	<input checked="" type="checkbox"/> 立会う フリガナ <b>ミノブ イチロウ</b> ※ケアマネが同伴する場合は必ずお申し出ください。 ⇒ 氏名 <b>身延 一郎</b> 本人との続柄 <b>長男</b> <input type="checkbox"/> 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 <b>090-0000-0000</b> 連絡可能な時間帯 <b>15 時以降</b> 調査立会いができない日・時間 { <b>毎週木曜日の午前中</b> } <input type="checkbox"/> 立会わない (連絡不要) <b>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。</b>		
申請の理由	<b>今回の申請を行った経緯、ご本人の状態などをご記入ください。</b> 理由の例) 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、 <u>前回調査から状況が変わっていることがあれば</u> ご記入ください。		

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。

有効期間: 月 末 同伴: あり (同伴者: ) TEL: ) なし  
町記入欄 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)