

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 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		個人番号	
	フリガナ			生年月日 大・昭 年 月 日
	氏名			性別 男・女
	住所	〒 山梨県南巨摩郡身延町 電話番号		
保 険	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	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間 年 月 日 から 年 月 日	
		*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・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日	
者	過去6月間の介 護保険施設・医 療機関等入院入 所の有無  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		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・介護医療院）
	住 所	〒 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	〒 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 記号番号枝番
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、身延町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、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、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 \_\_\_\_\_

# 申請者連絡票（身延町）

被保険者  
番号(10ケタ)

フリガナ  
被保険者氏名  
(認定を受ける方)

生年月日 大・昭 年 月 日

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。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	申請年月日	令和 年 月 日
<b>調査場所</b>  <small>調査を行う場所にチェックを入れて、詳細を記入してください。</small>	<input type="checkbox"/> 自宅(ご在宅) ⇒ 調査場所住所： <input type="checkbox"/> 親族宅 (電話番号： )	入院(所)期間	
	<input type="checkbox"/> 病院(入院中) ⇒ 病院または施設名： <input type="checkbox"/> 施設(入所中) ⇒ 所在地： <small>※部屋番号も分かればご記入ください。(電話番号： )</small>	月 日～ 月 日 予定	
<b>主治医</b> (意見書作成医)  <small>医師氏名はフルネームで記載をしてください。</small>	医療機関名：	医師氏名：	( 科) 医師
	医療機関の所在地：		
最終診察日： 令和 年 月 日 次回受診日： 令和 年 月 日			
<b>利用中のサービス</b>  <small>利用しているものがあれば記入してください。</small>	<input 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 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日		
	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ( ) 利用日 (曜日に丸) ⇒	日 月 火 水 木 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	
<b>認定調査時の立会い</b>  <small>※日程調整と調査は平日の日中のみ行います。午前8時30分から午後5時15分まで 認定調査は遅くとも午後4時開始です。</small>	<input type="checkbox"/> 立会う フリガナ 氏名 ⇒ 本人との続柄	<small>※ケアマネが同伴する場合は必ずお申し出ください。</small>	
	<input type="checkbox"/> 立会えないが連絡を希望	<small>※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。</small>	<small>※平日の日中に対応いただける連絡先をご記入ください。連絡可能な時間帯</small>
	日程調整連絡先 調査立会いができない日・時間 [ ]		
<input type="checkbox"/> 立会わない(連絡不要)			
<b>申請の理由</b>  <small>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。</small>			

町 記 入 欄	有効期間：	月 末	同伴：あり(同伴者：	TEL：	) なし
	同伴可能日：				

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。

--	--	--