

記載例

介護保険 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

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	ミノブ ハナコ		生年月日	大・昭〇〇年 〇月 〇〇日
	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	要支援 1 2 要介護 <input checked="" type="radio"/> 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			
	*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			
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 介護町立病院	期間 RO 年 〇月 〇日 ~ RO 年 〇月 〇日			
	<input checked="" type="radio"/> 有・無	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	該当に〇（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	〒 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。		

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		

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

身延 花子

**裏面も必ず
ご記入ください**

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 **ミノブ 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** 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 身延町切石 000 番地 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 病院(入院中) ⇒ 病院または施設名: 介護町立病院 201 号室 〇 月 〇 日 ~ 未定月 日 予定 <input type="checkbox"/> 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)	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。	
主治医 (意見書作成医)	医療機関名: 介護町立病院 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 〇 年 〇 月 〇 日 次回受診日: 令和 〇 年 〇 月 〇 日	医師氏名はフルネームで記載してください。	医師氏名はフルネームで
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 ⇒ 日月 火 水 木 金 土 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 利用日 ⇒ 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	<input checked="" type="checkbox"/> 立会う フリガナ ミノブ 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 <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 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 }	※日程調整と調査は平日の日中のみを行います。 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。	休日・夜間の対応はできませんのでご注意ください。
申請の理由	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。 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ご記入ください。</u>	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。	

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。

R7.4.1

申請書は黒のボールペンではっきり記入してください。

※ 消えるインクのペンや、鉛筆での記入はお控えください