

記載例

介護保険 (要介護 ・ 要支援) 認定申請書
 新規 更新 区分の変更 転入

(あて先) 甲府市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和4年4月1日

申請者	本人申請の場合記載不要		提出代行者	該当に○ (地域包括支援センター ・指定介護老人福祉施設 ・指定介護療養型医療施設 ・指定地域密着型介護老人福祉施設	・居宅介護支援事業者 ・介護老人保健施設 ・社会保険労務士 ・介護医療院
	住所: 甲府市丸の内一丁目18番1号	電話番号: 055 (237)5519		氏名: 甲府 花子 (本人との関係: 妻)	名称:
委任状	私は上記の者に標記の申請を委任します。(家族の場合記載不要)		本人氏名 (本人自署の場合は押印不要)	電話番号: ()	担当者

被保険者番号 (右詰め)	0	0	1	2	3	4	5	6	7	8	
フリガナ	コウフ タロウ					生年月日	明・大	昭	12年	3月	4日
氏名	甲府 太郎					性別	男	女			
住所 (住民票上の住所)	甲府市丸の内一丁目18番1号					電話番号	055-237-5519				
現在の施設・医療機関等への入所・入院の状況	介護保険施設の名称・期間					期間	年	月	日		
	介護保険施設以外の施設(病院等)の名称・期間					期間	年	月	日		
更新申請・区分変更申請の場合は記入してください。	A病院					期間	令和4年3月1日	令和4年4月1日	自宅	施設	その他()
	要介護状態区分 (1 2 3 4 5)					要支援状態区分 (1 2)					

前回の要介護	※14日以下	有効期限	年	月	日	から	年	月	日	
区分変更申請の場合は状態の変化を記入してください。		転出元自治体(市町村)名 []								
現在の認定の変更を求め理由		例: 下肢筋力が低下し、歩行困難になったため								
2号申請(40~64歳)は裏面を参照し、記入してください。		(2号被保険者[40歳から64歳の医療保険加入者]のみ記入)								
区分変更申請の場合は状態の変化を記入してください。		番の特定疾病に該当しては、医師の了解を得るようお願いします。								
入院中の場合は記入不要です。		主治医の氏名								

主治医	氏名	山梨 一郎	医療機関名	A病院
所在地	甲府市相生2丁目17番			最終診察日 (原則2か月以内)
	電話番号055-237-1161			令和4年4月1日

○更新認定申請から30日以内に要介護認定処理がなされないとき、認定有効期間内であれば延期通知書を送付しないことに同意しますか。 ※右欄の該当 □にレ点をしてください。

同意する 同意しない

私は、介護サービス計画の作成等介護保険見書及び介護認定審査会による判定結果・係人又は主治医意見書を記載した医師に提出し、**代筆の場合は押印をお願いします。(スタンプ印不可)** ときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、主治医意見書が非該当・要支援の場合は、介護予防事業のため担当するに同意します。

被保険者氏名 甲府 太郎 (被保険者自署の場合は押印不要)

受理年月日	※市役所記入欄				主治医変更	納入相談	保険証
	受付	端末入力	意見書	認定調査		有・無	回収済・未回収・再交付

新規 更新 区変

個人番号	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1
医療保険	医療保険者名	後期高齢者医療広域連合						保険者番号	39190000			
	医療保険者証	記号	1234567				番号		枝番			
	<input type="checkbox"/> 生活保護受給者											

1号被保険者の場合も医療保険情報の記入をお願いします。

調査時立ち合いの希望	<input checked="" type="radio"/> 1 有り	<input type="radio"/> 2 無し
(日中、確実に連絡がとれるところ)	フリガナ [氏名: コウフ ハナコ 甲府 花子	本人との関係: 妻]
調査日程についての留意事項 (都合の悪い日があれば記入してください)	電話番号(携帯電話含む) ① (055-237-5519)	② ()
月 <input checked="" type="radio"/> 火 <input type="radio"/> 水 <input checked="" type="radio"/> 木 <input type="radio"/> 金 (透析の為 不可)	フリガナ [氏名: 同上	本人との関係:]

訪問調査場所	<input checked="" type="radio"/> 1 被保険者住所 (表面に記入した住所)
	<input type="radio"/> 2 入所・入院先 (表面に記入した施設)
	<input type="radio"/> 3 その他
[住所:]	方 電話番号 ()]
[住所:]	方 電話番号 ()]

現在介護サービスの利用がある場合記入してください

居宅でのサービスの利用の状況	サービスの種類及び法人等の名称
	・介護(介護予防)サービス計画(ケアプラン)作成事業所名 ()
	・(介護予防)通所介護(デイサービス) () (日 月 火 水 木 金 土)
	・(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア) () (日 月 火 水 木 金 土)
	・住宅改修(有・無) ・福祉用具 ()
・訪問サービス(介護・看護・リハ等) ()	

配慮すべきことや、事前に知らせておきたいことがありましたら記入してください

訪問調査について	<ul style="list-style-type: none"> ・該当するものがあれば、チェックしてください ■介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい。 <input type="checkbox"/>本人の前では伝えづらいことがある。 <input type="checkbox"/>調査をするのに筆談が必要。 <input type="checkbox"/>室内に放し飼いのペットがいる。 ※ペットがいる場合安全に調査ができるようご配慮ください
----------	--

○特定疾病名

※2号被保険者は次の特定疾病によることが認定の要件となります。

1 がん(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込がない状態に至ったと判断したものに限る。)	9 脊柱管狭窄症
2 関節リウマチ	10 早老症
3 筋萎縮性側索硬化症	11 多系統萎縮症
4 後縦靭帯骨化症	12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
5 骨折を伴う骨粗鬆症	13 脳血管疾患
6 初老期における認知症	14 閉塞性動脈硬化症
7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病	15 慢性閉塞性肺疾患
8 脊髄小脳変性症	16 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症