

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

年

月

日

申請者	本人申請の場合記載不要 住所： 電話番号： ( ) 氏名： (本人との関係： )	提出代行者 名 称： (印) 所在地： 電話番号： ( ) 担当者
	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 (印) (本人自署の場合は押印不要)	

被 保 険 者	被保険者番号(右詰め)	個人番号
	フリガナ	生年月日 明・大・昭 年 月 日
	氏名	性別 男 ・ 女
	住所 (住民票上の住所)	電話番号 ( )
	現在の施設・医療機関等への入所・入院の状況 (裏面参照)	介護保険施設の名称・期間 期間 年 月 日 ～ 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 ～ 年 月 日
	居宅でのサービスの利用の状況 (裏面参照)	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) ・その他 ( )
	前回の要介護認定の結果等	要介護状態区分 ( 1 2 3 4 5 ) 要支援状態区分 ( 1 2 )
		有効期限 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
現在の認定の変更を 求める理由		
特定疾病番号 (裏面参照)	(2号被保険者[40歳から64歳の医療保険加入者]のみ記入) 番の特定疾病に該当	

\*主治医の記入に際しては、医師の了解を得るようお願いします。

主治医 (裏面参照)	主治医の氏名 氏 名	医療機関名
	所在地	電話番号 ( )
		最終診察日 (原則2か月以内) 年 月 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、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 □にシ点をしてください。	<input type="checkbox"/> 同意する <input type="checkbox"/> 同意しない
--	---

私は、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、主治医意見書及び介護認定審査会による判定結果・意見を、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若しくは介護保険施設の関係人又は主治医意見書を記載した医師に提示することに同意します。また、認定結果が非該当・要支援の場合は、介護予防事業のため担当する地域包括支援センターに認定結果を提供することに同意します。

被保険者氏名

(印) (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						納入相談	保険証 回収済 ・ 未回収 ・ 再交付
	受付	端末入力	意見書	認定調査	主治医変更			
							有 ・ 無	

(2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			
医療保険者番号	医療被保険者証記号番号		
被保険者名	続柄		
取得日	昭・平・令	年	月 日

他法優先給付等	<input type="checkbox"/> 労働災害等補償給付	<input type="checkbox"/> 公務災害補償給付	<input type="checkbox"/> 国家補償的給付	<input type="checkbox"/> 第三者行為等
公費負担医療名		開始日	昭・平・令	年 月 日

認定調査時等の連絡先 (日中、確実に連絡がとれるところ)	調査時立ち合いの希望	1 有り	2 無し
	[氏名:	本人との関係:	
	電話番号(携帯電話含む)	( )	
	[氏名:	本人との関係:	

訪問調査場所 (下欄参照)	1 被保険者住所(表面に記入した住所)	2 入所・入院先(表面に記入した施設)
	3 その他[住所:	方 電話番号

※市役所記入欄 前回調査	
-----------------	--

※記入上の留意事項(必ずお読みください。)

○現在の施設・医療機関等への入所・入院の状況

- ・申請日現在、入所・入院されている方は、施設名・医療機関名を記入してください。  
(退所・退院は予定日を記入してください。)

○居宅でのサービスの利用の状況

- ・あなたが現在受けている居宅でのサービス(サービス計画含む)のすべてについて、その種類及びそのサービスを提供している法人名等を記入し、(介護予防)通所介護(デイサービス)、(介護予防)通所リハビリテーション(デイケア)については、利用する曜日に○をしてください。(短期入所及び認知症対応型共同生活介護を除く) [記入例] サービス計画:(株)○○○○、訪問介護:(福)○○○○、訪問看護:(医)○○○○

○主治医

- ・主治医(1名)の氏名・医療機関名・所在地・電話番号を正確に記入してください。
- ・市から主治医へ介護保険意見書を求めますので、本人等(家族・代理人)から、主治医に事前の連絡(介護保険認定申請を行う旨など)を必ずお願いします。また、最終診察日(区分変更以外の申請は2カ月以内、区分変更は区分理由発生時以降の受診日)の記入を必ずお願いします。
- ・主治医がいない場合は、甲府市の指定する医師の診断を受けて頂くことにより、認定の手続きができますので申し出てください。
- ・申請中に入院・転院等により、主治医を変更される場合は、連絡をお願いします。

○訪問調査場所

- ・訪問調査場所の該当する番号に○をし、3に○をした方は住所・電話番号も記入してください。

○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