

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 8 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 1 8 番 1 号		名 称：		
委任状	電話番号：	055 (237) 5519	所在地：			
	氏 名：	甲府 花子		電話番号：	()	担当者
私(本人)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)		(印)				
本人氏名		(本人自署の場合は押印不要)				

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	
														～		年 月 日	
		介護保険施設以外の施設（病院等）の名称・期間										期間		令和8年3月1日		退院後	
		A病院										～		令和8年4月1日		自宅 施設 その他（ ）	
更新申請・区分変更 申請の場合は記入し てください。		要介護状態区分（ 1 2 3 4 5 ）										要支援状態区分（ 1 2 ）					
現在の 要介護 認定の 結果等		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																	

2号申請(40～64歳) (2号被保険者[40歳から64歳の医療保険加入者]のみ記入)

は裏面を参照し、記入してください。

**入院中の場合は
記入不要です。**

		氏 名		医療機関名		記入不要です。	
主 治 医	主治医の氏名	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 電話番号055-237-1161					最終診察日 (原則2か月以内) 令和8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、介護認定審査会による判定結果・意見、甲府市が提供を受けた状況等の情報を、地域包括支援センター、居宅介護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所（以下「委託先」という。）に提出し、委託先に代筆の場合は押印をお願いします。（スタンプ印不可）

委託先は、上記の情報を基に、介護認定審査会へ提出する。また、委託先は、介護認定審査会からの指示に従う。

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						
	受付	端末入力	意見書	認定調査	主治医変更	納入相談	保険証
					☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区変	有・無	回収済・未回収・再交付

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	
☐ 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。

(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
	フリガナ [氏名: 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 火 水 木 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	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 ()]
		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	・該当するものがあれば、チェックしてください ☒ 人工透析を行っている。 ☐ 介護認定の調査であることを本人に伝えないでほしい。 ☐ 本人の前では伝えづらいことがある。 ☐ 調査をするのに筆談が必要。 ☐ 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
----------	--

申請に至った経緯・疾病名等	右大腿骨頸部骨折による日常生活動作低下及び認知機能低下のため
---------------	--------------------------------

○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 後縦靱帯骨化症	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