

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										提出代行者 名 称： 所 在 地： 電話番号：（ ） 担当者			
	住 所： 電話番号：（ ） 氏 名： （本人との関係： ）													
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）										電話番号：（ ） 担当者			
	本人氏名 ⑩ （本人自署の場合は押印不要）													
被保険者番号 （右詰め）														
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		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										退院後 自宅 施設 その他（ ）		
前回の 要介護 認定の 結果等	※14日以内 に他自治体 から転入した 者のみ記入	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												
		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	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、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。

被保険者氏名

⑩（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
	受付	端末入力	意見書	認定調査	主治医変更			有・無	回収済・未回収・再交付	
□新規 □更新 □区変										

- | | | | |
|---|---|----|------------------------------|
| 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 |