

## 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

道志村長様  
次のとおり申請します。

## 記載例

申請年月日 年 月 日

被保険者番号	0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	個人番号																		
医療保険 被保険者	山梨県後期高齢者広域連合 / 道志村		保険者番号		39194220 / 190975															
フリガナ	ドウシ ハナコ		記号	975	番号	12345			枝番	1										
氏名	道志 花子		生年月日	明・大(昭) 1年 1月 1日			性別	男 ・ (女)												
住所	〒 402-0209 道志村6181-1		電話番号		0554-52-2113															
被 保 険 者	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	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	平成31年 1月 1日 から			令和元年 12月 31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																
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院、入所の 有無	介護保険施設等の名称等・所在地	〇〇市〇〇1-1-1 山梨〇〇病院			期間	平成31年10月1日～令和元年12月1日														
(有) ・ 無	介護保険施設等の名称等・所在地	〇〇市〇〇1-2-3 特別養護老人ホーム			期間	令和元年12月1日～ 年 月 日														
	医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日～ 年 月 日														
	医療機関等の名称等・所在地				期間	年 月 日～ 年 月 日														

介護保険被保険者証と医療保険証より記載してください

提出代行者 名称	該当に○(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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																
住所	〒 電話番号																

必ず記入すること!

主治医	主治医の氏名	診療所太郎			医療機関名	道志村診療所											
	所在地	〒 402-0213 道志村7710			電話番号	0554-52-2040											

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

特定疾病名																	
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、及び主治医意見書を、道志村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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名 道志 花子

裏面へ続く⇒

申請区分			更新申請の場合、有効期間	更新の場合、現在サービスを利用していますか
新規	変更	<b>更新</b>	12 月末迄	<b>利用している</b> ・ 利用していない

必ず記入してください。

## 認 定 調 査 に つ い て

この質問事項は、訪問調査を迅速・正確に行うために必要な書類ですので、記入についてご協力をお願いします。

1. 訪問調査はどちらに行けばよいですか？ 訪問先住所を記入してください。  
(入院・入居されている場合は、病院名・施設名もご記入ください)

訪問先住所 (病院名・施設名)	自宅 山梨県南都留郡道志村6181-1		
電話番号	0554-52-2113	090-1234-5678	

2. 訪問の日程調整はどなたにすればよろしいですか？

① 同席者	( 氏名: <b>道志 太郎</b> 続柄 <b>子</b> <b>同居</b> ・ 別居 )		
連絡先			
①以外の方(事業者名・氏名等) 本人との関係	( )		
連絡先			

3. 調査日について、希望の曜日・日時がありますか？

① 特になし					
② 曜日の希望がある	<b>月曜日</b>	・ 火曜日	・ 水曜日	・ 木曜日	・ 金曜日
③ 希望の希望がある	午前	・ <b>午後</b>	<b>2 時</b>		

4. 介護保険を利用することとなったきっかけを記入してください。(身体の状態・病名など詳しく教えてください。) **必ず記入してください**

<b>【例】</b>
1. 脳梗塞後遺症で左半身麻痺
2. 認知症が強く、ひどい物忘れ、暴言、昼夜逆転、火の始末が出来ない
3. 転倒による骨折で、歩行が不可

5. そのた、認定調査に関して、何か伝えておきたいと思われることがありましたらご記入ください。

<b>【例】</b>
1. 毎週火曜日・金曜日は、デイサービスを利用しています。
2. ○○年○月に脳梗塞で倒れ、○○病院に入院中です。
3. 現在、○○施設で○月○日までショートステイを利用しています。 など…

この用紙に記入されている内容については認定調査員に対し調査を依頼する際にのみ活用されます。