記入例　基本的に全項目への記入が必要です

郵送の場合状況を問い合わせることがあります。

窓口に提出の場合は必ず提出日をご記入ください。

あてはまる項目に〇印をつけてください。

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

甲斐市長　様　　次のとおり申請します

申請日	令和　　年　　月　　日	被保険者番号	
フリガナ		個人番号	
氏　名		生年月日	大・昭　　年　　月　　日（　　才）
医療保険者名 保険者番号	後期高齢・国保・協会けんぽ・健康保険組合・その他 保険者名（　　）・生保	保険者番号	医療保険被保険者証記号番号
被保険者			
現在の要介護認定の結果等	認定の場合のみ記入	状態区分	要支援（　　）　　要介護（　　）
		有効期間	平・令　　年　　月　　日から　平・令　　年　　月　　日まで
	※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。　　はい　・　いいえ （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」の場合、申請日　平・令　　年　　月　　日	
変更申請の理由	＊区分変更の場合は記入してください。		
現在の状況	1　上記住所に在宅　　2　入院・入所中　　3　その他　住所　　電話番号（　　）		
入院・入所の有無 有　・　無	1　介護保険施設　　2　医療機関　の名称・所在地　　平・令　　年　　月　　日まで		
申請代行者	被保険者との関係（該当に〇）	1　家族（続柄（　　））　2　地域包括支援センター　3　居宅介護支援事業所　4　介護老人福祉施設 5　介護老人保健施設　6　介護療養型医療施設　7　地域密着型介護老人福祉施設　8　介護医療院	
		申請代行者が上記以外の場合は委任状が必要です（**別世帯の家族も必要です**）裏面に様式はありますが任意の様式でも結構です	
	フリガナ		
	氏名・名称		
	住　所	＊被保険者と同じ場合は省略可 〒　　電話	
立会人	1　申請代行者と同じ		
	2　申請代行者以外の方	氏名　　被保険者との関係	
	3　立会人なし	＊認定調査は原則平日に行います　日程調整の連絡をします　＊日中必ず連絡のつく番号を記入してください	
主治医	医療機関名	記入に際して医師の了解を得た→□　※チェックしてください 診療科　　最終受診月	
	主治医の氏名	年　　月	
情報提供同意欄	＊意見を当該医師に情報提供することに同意します。	この　る職員　　医意見書を地域包括　査会による判定結	
		本人署名	
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			
医療保険者名		号	

＊認定調査のための電話連絡について、時間の希望などをお書きください。

＊その他連絡事項がありましたらお書きください。

＊市役所記入欄

医療保険者名・保険者番号を記入してください。

更新・区分変更の方は要介護の状態区分・有効期間を記入してください。

甲斐市に転入し、介護認定の継続を申請する方のみ記入してください。

住所地と居住地が違う場合は、3　その他へ記入してください。

6ヶ月以内に入院があった場合は記入してください。

出来る限りご家族が立会いをしてください。

主治医に意見書記入の了承を得てください。得た後にチェックを入れてください。

医師名はフルネームで記入してください。確認できない場合は、苗字を記入してください。

定期的（1カ月以内）に**本人**が診察をうけている医療機関を記入してください。

＊薬剤のみの利用は除く

本人が署名できない場合は、本人の了承を得て、家族・代行者が代行して記入してください。

40～64歳までの方はかならず記入してください。特定疾病名は医師に確認の上、記入してください。

調査立会人の方に電話連絡します。時間の希望などを記入してください。

調査場所がご自宅ではない場合できる限り詳しくご記入ください。

施設・病院の場合は立会いができるか確認してください。

訪問場所について	1、 被保険者住所（表面に記入した住所） 2、 入院・入所先（表面に記入した病院・施設） 病棟・担当者等（　　） ※入院・入所の場合で、表面の立会人が施設の職員以外の時（家族等） 病院・施設での立会をすることが　**できる　・　できない**　※施設、病院に確認して下さい 3、 その他（表面 『現在の状況』 に記入してください）
調査内容について	☐ 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【 犬 ・猫 ・その他 （　　匹）】 ※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
居宅での サービス利用状況 事業対象・要支援・要介護 該当に○	ケアプラン作成事業所名（　　） （介護予防）通所介護（デイサ　ス）（　　）／月 ・（介　（　　）／月 ・短 ・住 ・福祉用具（　　）品目　【ベッド・手す ・訪問サービス（介護・看護・リハ等）　（ ・サービスは利用していない （未利用 ・ 施設サービス ・入院中）
その他	☐ 主治医は主治医意見書を記入することを承知している ☐ 認定の結果を住民票とは違う住所に送ってほしい（送付先変更の届出をしたい） ☐ 現在の状態は安定しており調査可能 （入退院直後ではない等） ☐ 主治医より認定の申請を勧められた ☆ ☐ 前回の調査時と比べて身体等の状態の変化があった （ **改善** ・ **悪化** ） ☆ ☐ サービスの内容や体の状態について相談したいことがある。（ **はい** ・ **いいえ** ） ※☆についてチェックをした場合は↓の【内容】欄に詳細を記入してください。
【内容】	

現在利用しているサービスがありましたら、ご記入ください。

ケアマネジャーの事業所をご記入ください。

入退院直後等状態が安定しないときは調査ができません。
1週間ほど期間をおいてからの調査になります。

別途「送付先変更届」の記入が必要です。

包括支援センターの職員が対応します。

※申請代行者が委任状が必要な場合は下記にご記入ください。
（例：別世帯の家族・表面の代行申請者2～8以外の施設等 ）

委任状

令和　年　月　日

甲斐市長　様

委任する人

住所

氏名　　㊞

申請者の自署で住所氏名をご記入ください。

私は次のものを代理人と定め、介護保険　要介護・要支援認定申請に関する権限を委任します。

委任される人

住所

名前

被保険者との関係

申請者の自署で代行申請者の住所氏名をご記入ください。