

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

南巨摩郡富士川町長 様  
次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号												個人番号													
	医療 保険	保険者名												保険者番号												
		被保険者 記号・番号		記号												番号				枝番						
	フリガナ												生年月日		昭和 年 月 日											
	氏名												性別													
	住所		〒										電話番号													
	前回の要介護 認定の結果等		*要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入												有効期限		令和 年 月 日 から 令和 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									
	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 〒												期間		年 月 日 ~ 年 月 日									
			介護保険施設等の名称等・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											
有 ・ 無			医療機関等の名称等・所在地 〒												期間		年 月 日 ~ 年 月 日									

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・介護医療院)																		
	住所	〒										電話番号								

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所在地	〒										電話番号											

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、富士川町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

# 申請者連絡票（富士川町）

この申請者連絡票は、認定調査と主治医意見書作成を円滑に実施するために、峡南広域行政組合に提出されます。申請書と重複してご記入いただく部分もありますが、ご了承ください。

被保険者  
番号(10ケタ)

フリガナ

被保険者氏名  
(認定を受ける方)

生年月日 大・昭 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更	申請年月日	令和 年 月 日
調査場所  調査を行う場所にチェックを入れて、詳細を記入してください。	<input type="checkbox"/> 自宅(ご在宅) ⇒ 調査場所住所： <input type="checkbox"/> 親族宅	(電話番号： )	
	<input type="checkbox"/> 病院(入院中) ⇒ 病院または施設名： <input type="checkbox"/> 施設(入所中) 所在地：	入院(所)期間 月 日～ 月 日予定	
主治医 (意見書作成医)  医師氏名はフルネームで記載をしてください。	医療機関名：	医師氏名：	( 科) 医師
	医療機関の所在地：	最終診察日： 令和 年 月 日	次回受診日： 令和 年 月 日
利用中のサービス  利用しているものがあれば記入してください。	<input type="checkbox"/> ショートステイ	今後の利用予定を記入してください。 ① 月 日～ 月 日 ② 月 日～ 月 日	
	<input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> ( )	利用日 (曜日に丸) ⇒	日 月 火 水 木 金 土
	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護	利用日 (曜日に丸) ⇒	日 月 火 水 木 金 土
認定調査時の立会い  ※日程調整と調査は平日の日中のみ行います。 午前8時30分から午後5時15分まで 認定調査は遅くとも午後4時開始です。	<input type="checkbox"/> 立会う	フリガナ ⇒ 氏名	※ケアマネが同伴する場合は必ずお申し出ください。 本人との続柄
	<input type="checkbox"/> 立会えないが連絡を希望	日程調整連絡先	※平日の日中に対応いただける連絡先をご記入ください。 連絡可能な時間帯
	<input type="checkbox"/> 立会わない(連絡不要)	調査立会いができない日・時間	
申請の理由  現在の状況、主な病名、居住環境、日常生活での困りごと、前回の調査からの変化など、気軽に記入ください。			

町記入欄 有効期間： 月末 同伴：あり(同伴者： ) TEL： ) なし

同伴可能日：

**在宅介護  
実態調査**