介護保険（要介護認定・要支援認定 新規・更新・区分変更・転入）申請書

（宛先） 南アルプス市長

次のとおり申請します。

			申請年月日	令和　　年　　月　　日
提出者	氏名		本人との関係	
	住所	〒　　－ 電話番号　　－　　－	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) 事業所名：

被保険者	被保険者番号		個人番号	
	医療保険者		記号番号	
	フリガナ 氏名		性別 生年月日	 明・大・昭　　年　月　日
	住所	〒 南アルプス市　　電話番号		
	前回の要介護認定等の結果	＊要介護(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	
			有効期間　　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	
	申請理由 (新規・変更のみ記入)			
	現在の施設・医療機関等への入所・入院の状況	病院・施設名	（　　階　　病棟　　号室）	
		期間	年　月　日 から（退院・退所予定日　年　月　日）	

主治医	主治医の氏名		医療機関名	
	所在地	〒 電話番号		

＊主治医の記入に際しては、医師の了解を得るようにお願いします。

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遅延通知を送付しないことに同意しますか。　※右欄にレ点	□同意する □同意しない

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、主治医意見書、南アルプス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、南アルプス市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、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。

本人氏名　　**（代筆者　　）**

特定疾病名(2号被保険者のみ記載)	

●特定疾病一覧

1 がん
2 関節リウマチ
3 筋萎縮性側索硬化症
4 後縦靭帯骨化症
5 骨折を伴う骨粗鬆症
6 初老期における認知症
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
8 脊髄小脳変性症
9 脊椎管狭窄症
10 早老症
11 多系統萎縮症
12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
13 脳血管疾患
14 閉塞性動脈硬化症
15 慢性閉塞性肺疾患
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

市役所記載欄

介護保険料未納の有無	有・無	被保険者証の添付		連絡票確認		提出区分	本人・家族代行者	電算入力	

令和8年9月1日現在　最新版様式

認定調査連絡票　　（ 新規・更新・区分変更・転入）

＊認定調査の連絡時に必要ですのでご記入ください

被保険者番号		要介護状態区分:　1　2　3　4　5 要支援状態区分:　1　2

介護を受ける方のお名前	生年月日	現在暮らしているご住所	連絡先:日中連絡が取れる電話番号
ﾌﾘｶﾞﾅ	大正 昭和　年　月　日		自宅

調査に立ち会う方のお名前	連絡先＊日中連絡が取れる電話番号をご記入ください
ﾌﾘｶﾞﾅ	自　宅　（　）
（本人との関係）（　）	携帯電話　（　）

現在のかかりつけ医師	最近の受診
医療機関名（　）	受診した（　月　日）　・　入院中
医師名（　）	受診なし →　介護認定を受けるためには主治医意見書が必要です

入院・入所をされている場合はご記入ください

□病院 ・ 施設名（　）（　階　病棟　号室）

入院 ・ 入所は　年　月　日 から　施設TEL【　】

退院 ・ 退所 予定日は　年　月　日

入院・入所理由（　）

※病院や施設で認定調査を行う場合は、看護師及び職員の立ち合いで調査を行います。立ち合い希望の方は、必ず下記連絡事項の箇所に 立ち合い希望の記載をお願いいたします。病院・施設の感染症対策のため、立ち合いが認められない場合もあります。ご協力をお願いいたします。

訪問調査の日程について　**（ご本人・立会いの方両方のご都合がつく日時をご記入ください）**

1 いつでも可

2 日時の希望あり

① 曜日の希望　　② 時間の希望 （ 午前9時 ～ 午後2時30分まで ）

月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金　　午前　頃　　午後　頃

＊入院・入所中の方は施設の都合により、ご希望に添えないこともございますのでご了承ください

＊ご希望の日程を最優先いたしますが、都合により調整させていただくこともありますのでご了承ください

介護サービスを利用されている場合はご記入ください。　　住宅改修歴（有・無）

介護サービスご利用状況　通所介護（デイサービス）　名（　）

利用日（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ）

通所リハビリテーション（デイケア）　名（　）

利用日（ 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金 ・ 土 ・ 日 ）

※その他、介護サービスを利用されていれば、ご記入ください。（　）

最近のご様子について（前回申請時からご本人の心身状態に大きな変化があれば、ご記入ください。）

連絡事項（配慮するべきことや、事前に知らせておきたいことがありましたら、ご記入ください。）

以下は、市役所記入欄

申請日　／	受領日　／	担当者（　）

認定調査訪問予定	年　月　日（　）　時　分	自宅・入院（　） 入所（　）	調査員（　） 連絡者（　）

介護認定担当確認欄

□ 確認者　施設・病院等（　）　家族（　）

□ 駐車場所　（　）