

介護保険 要介護・要支援認定 申請書

上野原市長 あて										申請区分		■ 新規 □ 区分変更 □ 更新 □ 転入													
次のとおり申請します。										申請年月日		令和 8 年 1 月 1 日													
被 保 険 者	介護保険 被保険者番号		0	0	0	0	1	2	3	4	5	6	個人番号		※	※	※	※	※	※	※	※	※	※	※
	医療 保険	保険者名	山梨県後期高齢者医療広域連合										保険者番号		39192125										
		被保険者証	記号	6	5	4	3	2	1	番号								枝番							
	フリガナ		ウエノハラ タロウ										生年月日		昭和 20 年 3 月 10 日										
	氏 名		上野原 太郎										性 別		男 ・ 女										
	住 所		〒 409-0112 山梨県上野原市上野原〇×番地 電話番号 0554-62-0000																						
	現在の要介護 認定の結果等		※更新・区分 変更・転入申 請の場合のみ 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 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。 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 年 月 日																						
	区分変更申請の理由 （区分変更の方のみ記入）																								
者	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・医療機関等の名称・所在地 〇〇病院 〒△△△-△△△△ 〇〇県△△市1-2-3										R 3 年 3 月 20 日 ~ 入院中 年 月 日												
	有 ・ 無		介護保険施設・医療機関等の名称・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
			介護保険施設・医療機関等の名称・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
			介護保険施設・医療機関等の名称・所在地										年 月 日 ~ 年 月 日												
提 出 代 行 者	氏名又は名称	該当に○（家族・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） 上野原 次郎																							
	住 所	〒 409-0112 電話番号 0554-62-0000																							
主 治 医	主治医の氏名	〇〇〇〇										医療機関名		〇〇病院											
	所 在 地	〒 △△△-△△△△ 電話番号 0000-00-0000 〇〇県△△市1-2-3																							

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	
-----------	--

個人情報提供に関する同意について
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、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、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。

被保険者氏名

代筆

()

※裏面もご記入ください

訪問調査について（訪問調査員用連絡票）

被保険者番号										フリガナ	
0	0	0	0							氏 名	

1. 認定調査の連絡先（調査員より調査の日程を連絡します）

フリガナ

氏 名

被保険者との
ご関係

電話
番号

2. 認定調査の同席について（可能な限り、日ごろの状態がわかる方の同席をお願いします）

☐ 同席する



同
席
者

☐ 1 と同じ

フリガナ

☐ 氏 名

被保険者との
ご関係

☐ 同席しない

3. 認定調査を行う場所

☐ 自宅（住民票の住所）

☐ 施設・病院等 所 在 地

施設・病院名

電話番号

☐ その他の場所 所 在 地

氏 名

被保険者との
ご関係

確認欄

☆主治医意見書について

1	主治医が次の場合→主治医意見書を手渡し、申請者から主治医に依頼するよう説明してください。	確認
	市内 うえのクリニック・長田クリニック・川原医院・山本内科クリニック・山梨東ホームクリニク・西井クリニック・山下クリニック・梶谷整形外科・上條内科クリニック 市外 スバルビューティーヘルスクリニック（都留市）	
2	かかりつけ医がない場合	確認
	指定医（上野原市立病院）が主治医意見書を作成します。市立病院からご本人等へ来院日等の連絡をしますので、受診するよう説明してください。指定医の受診は月・火・金の午前中です。	
3	1・2以外の場合	確認
	市役所から主治医に依頼します。	

市役所記入欄

申請区分	☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区分変更 ☐ 期限切れ新規 ☐ （支援→介護）新規									
現在の認定	☐ 支1	☐ 支2	☐ 介1	☐ 介2	☐ 介3	☐ 介4	☐ 介5	性別	☐ 男	☐ 女
申請日	年		月		日		生年月日	年		月 日（歳）
住 所										
調査員への 連絡事項										