

介護保険（~~要介護認定・要支援認定~~）申請書
 要介護更新認定・要支援更新認定

更新申請

笛吹市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 8 年 4 月 1 日

介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 0 0 7 7 7 7	個人番号	7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7 7
医療保険 保険者名	山梨県後期高齢者医療連合会		保険者番号 39192117
被保険者証 記号・番号	記号	番号	7 7 7 7 7 7 7 枝番
フリガナ	フエフキ タロウ		生年月日 男・大・略 7 年 7 月 7 日
氏名	笛吹 太郎		性別 男・女
住所	〒 4 0 6 - 0 0 3 1 山梨県笛吹市石和町市部〇〇番地 電話番号 〇〇〇 () 〇〇〇〇		
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
		有効期間 R6 年 5 月 1 日 から R8 年 4 月 30 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 令和 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
	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
有・無	介護保険施設等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日
提 出 代 行 者	名称	該当に〇（地域包括支援センター・ <u>居宅介護支援事業者</u> ・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院） 〇〇〇居宅介護支援事業所	
	住所	〒 4 0 6 - 0 0 3 1 山梨県笛吹市石和町市部〇〇番地 電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	
主 治 医	主治医の氏名	山梨 次郎	医療機関名 〇〇病院
	所在地	〒 406 - 0031 山梨県笛吹市石和町市部〇〇 電話番号 〇〇〇 (〇〇) 〇〇〇〇	

青枠の部分
については、
該当してい
る場合のみ
ご記入くだ
さい。

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険者）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、主治医意見書、笛吹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笛吹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 笛吹 太郎 (代筆) 笛吹 花子 (長女)

本人氏名の代筆はご家族のみ可能です。
成年後見人がいらっしゃる場合は後見人

原則として、自宅での調査にはご家族の立ち会いをお願いしています。正確な調査を実施するため、ご協力をお願いします。
 施設に入所している方や、病院に入院している方で立ち会いを希望する場合は、施設・病院に立ち会い可能か、事前に相談をしたうえでご記入ください。

主な介護者の立ち会い希望	<input checked="" type="radio"/> あり	・	<input type="radio"/> なし
フリガナ 立ち会い者 氏 名	フエフキ ハナコ 笛吹 花子		本人との 関係 <input checked="" type="radio"/> 同居 ・ <input type="radio"/> 別居
連絡先	* 日中、連絡がとれるところ(立ち会い者がいない場合は本人の連絡先を記入してください) 電話番号 ○○○ (○○○○) ○○○○		
本人がいる 場 所	<input checked="" type="radio"/> 1. 自宅 (駐車場: <input checked="" type="radio"/> 有 ・ <input type="radio"/> 無) <input type="radio"/> 2. 病院・施設 (病院・施設名 : _____) (電話番号 : _____ 退院日 : _____) <input type="radio"/> 3. その他 (住所 : ※表面に印字されている被保険者住所と本人がいる場所が違う場合はこちらへご記入ください。)		

* 調査日程等は、介護保険課から連絡後に確定となります。

* 笛吹市記入欄(以下は記入しないでください)

<連絡時の状況>

《調査員への連絡》

<決定事項>

日時: 年 月 日 () : ~

場所: 自宅/病院/施設/その他
()

立ち会い者: なし ・ あり ()

調査員: ()

被保険者番号			
フリガナ 氏 名	生年月日	明・大・昭	年 月 日 (歳)