

申請書

次のとおり申請します。

申請年月日

主 治 医	主治医の氏名		医療機関名	
	所 在 地	〒 電話番号		

(更新申請の場合のみ)申請から30日以内に認定がされない場合、現在の認定の有効期間内であれば、認定延期通知を省略することに同意します。

(続柄)

山梨市要介護認定申請確認票

1. （新規申請の方）今後利用したいサービス ・ （更新申請の方）現在利用しているサービス

居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）（事業所名：_____ 担当：_____）

- ☐ デイサービス ☐ ホームヘルパー ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具購入 ☐ 福祉用具貸与
☐ 施設入所 ☐ ショートステイ ☐ デイケア ☐ 小規模多機能居宅介護
☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ その他（ _____ ）

2. 調査場所について

- ☐ 自宅 ☐ 病院 ☐ 施設 ☐ その他（ _____ ）

※自宅以外の場合は以下を記入

名称 _____ 階 _____ 病棟 _____ 担当者 _____
 所在地 _____ 連絡先 _____
 退院または退院予定日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 退院先 _____

3. 訪問調査時の立会いの有無について ※こちらに記載されている連絡先に日程調整の連絡をします

- | | |
|--|--------------------------------|
| ☐ 立会い希望あり
立会い者 ☐ 申請者の方と同じ
☐ その他の方
氏名 _____ 関係 _____
連絡先 _____ | ☐ 立会いなし |
|--|--------------------------------|

4. 主治医について、以下の質問にお答えください。

直近の受診日 _____ 月 _____ 日 次回の受診日 _____ 月 _____ 日

定期的に受診している医師、または入院中の病院・施設で診てもらっている医師ですか。

- ☐ はい ☐ いいえ

※ いいえの場合は以下を記入してください。

介護認定の申請をすること（意見書を書いてもらうこと）を、あらかじめ伝えてありますか。

- ☐ はい、医師の了承を得ました。 ☐ いいえ、____ 月 ____ 日 に伝える予定です。

※ 現在入院中の方は以下を記入してください。

病状が安定していて調査が可能かどうか病院（担当相談員・主治医）に確認してありますか。

- ☐ 確認しました。（担当者： _____ ） ☐ 確認していません。

保険者記入欄

申請年月日	被保険者証		番号確認		身元確認		代理権の確認
	☐ 回収済 ☐ 未回収 ☐ 再交付	☐ 済 ☐ 未	☐ マイナンバー ☐ 通知カード ☐ 住民票等	☐ マイナンバー ☐ 運転免許証 ☐ 障害者手帳 ☐ 介護保険負担割合証	☐ 介護保険証 ☐ 健康保険証 ☐ 年金手帳 ☐ 他（ _____ ）	☐ 委任状 ☐ 介護保険被保険者証 ☐ 介護支援専門員証 ☐ 他（ _____ ）	
受付担当者	保険料	生保	認定調査日時	調査者	意見書発送日	その他	
	有 ・ 無	有 ・ 無	日 _____ 時間 _____				