

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

富士宮市長 様

申請年月日 令和 8 年 4 月 1 日

次のとおり申請します。

市職員が個人番号を記載することに同意する

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	1 0 0 0 0 8 8 8 8 8	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3			
	医療 保険	保険者名	〇〇〇保険組合	保険者番号	12345		
		被保険者 記号・番号	記号	1234	番号	123	枝番
	フリガナ	フジノミヤ タロウ			生年月日	明・大・昭 8 年 12 月 1 日	
	氏名	富士宮 太郎			性別	(男) ・ 女	
	住所	〒 418-8601 電話番号 0544-22-1474 富士宮市弓沢町150					
	調査場所	<input type="checkbox"/> 住所地に同じ <input checked="" type="checkbox"/> 住所地以外(弓沢町〇〇〇 ××アパート105)					
	前回の要介護 認定の結果等	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	令和 5 年 4 月 1 日 から			令和 8 年 3 月 31 日	
現在の 入院・入所	名称	〇〇病院		期間	令和 8 年 2 月 1 日 ~		

申 請 者	該当に <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 家族・親族(続柄) <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所 <input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> その他()			
	氏名 (事業所名)	〇〇〇居宅介護支援事業所		事業所の場合 担当(静岡)
	住所 (所在地)	〒 418-×××× 電話番号 0544-▽▽-◇◇◇◇ 富士宮市〇〇〇9999-88		

主 治 医	医療機関名	〇〇クリニック	主治医の 氏名	〇〇 □□□
	所在地	〒 418-×××× 電話番号 0544-▽▽-△△△△ 富士宮市〇〇〇8888-8		

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	
-------	--

立会者	富士宮 花子	続柄	妻	連絡先	090-XX-YYYY
調査での 留意事項	できないことも「できる」と言うため本人いないところで聞き取り希望 骨が弱いので動作確認は聞き取りで ……等				
調査 希望日	(月)・火・(水)・(木)・金	<input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後	駐車場 有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無(105番の駐車場)	

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、富士宮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、富士宮市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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も含む)ことに同意します。また、更新申請について有効期間内に要介護認定・要支援認定を行うことができる場合は、延期通知を省略することに同意します。

本人氏名 富士宮 太郎 (代筆者 富士宮 花子)