

介護保険 要介護・要支援認定(更新・区分変更)申請書

(宛先) 埼玉県上尾市長

次のとおり申請します。

マイナンバーを記入 ※わからない場合は記入不要

申請年月日	介護保険被保険者番号	個人番号	申請区分
令和〇年〇月〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇	<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 転入
医療保険	保険者名	保険者番号	
	〇〇〇	〇〇〇	
	被保険者証	記号	番号
		〇〇〇	〇〇〇
フリガナ	アゲオ タロウ	生年月日	年齢
被保険者氏名	上尾 太郎 (男・女)	〇年〇月〇日	満〇〇歳
被保険者住所	〒〇〇〇-×××× 上尾市本町〇〇-〇〇	保険者名が「埼玉県後期高齢者医療広域連合」の場合(75歳以上の方)、記入は番号のみ ※記号と枝番はありません。	
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分	要支援状態区分
	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	有効期限	
	転出元自治体(市町村)名	令和〇年〇月〇日	令和〇年〇月〇日
変更申請の理由	※ 区分変更申請時のみ必ずご記入ください		
介護保険施設医療機関等入所・入院(短期入所は除く)	<input type="checkbox"/> 指定介護老人福祉施設	名称	上尾病院
	<input type="checkbox"/> 介護老人保健施設	部屋番号又は階数	〇階 〇号室
	<input checked="" type="checkbox"/> 有	所在地	〒〇〇〇-×××× 上尾市本町〇〇-〇〇-〇〇 電話番号〇〇〇-×××-〇〇〇
主治医	医療機関名	上尾病院	主治医氏名 又は診療科
	所在地	〒〇〇〇-×××× 上尾市本町〇〇-〇〇-〇〇	上尾 一郎 診療科(〇〇科)
提出代行者(右欄の事業者のみ)	該当に〇	地域包括支援センター	居宅介護支援事業者
	名称	介護老人保健施設	指定介護療養型医療施設
	住所	〒	電話番号

入院中や施設入所中は記入

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、上尾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、上尾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。また、更新申請について、有効期限内に要介護・要支援認定を行えるのであれば申請日から30日を超えた場合でも、市からの延期通知を省略することに同意します。

※被保険者(認定を受ける方)の氏名

署名 上尾 太郎

処理欄	調査	窓口	郵送	有	無	同	異	施	在
				有	無	同	異	施	在
				有	無	同	異	施	在

★裏面もご記入ください★

サービスの利用状況 (在宅サービス)	介護保険 *現在利用しているサービスに <input checked="" type="checkbox"/> を記入 <在宅サービス> <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護・・・・・・(月)・火・水・木・金・土・日(利用曜日に○) <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション・・・月・火・水・木・金・土・日(利用曜日に○) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健等) <input type="checkbox"/> 夜間対応型訪問介護 <input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護 <input type="checkbox"/> 定期巡回・随時対応型訪問介護看護 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 居宅介護住宅改修 <input type="checkbox"/> 特定福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所生活介護(特養等) <input type="checkbox"/> 認知症対応型通所介護 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能型居宅介護			
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
郵送の場合も、 送り主を記入	氏名	上尾 花子	被保険者との関係 妻	
	窓口に来た人 (代行事業者を除く)	住所	〒 〇〇〇-×××× 上尾市本町〇〇-〇〇-〇〇 電話番号 〇〇〇-×××-□□□□ 携帯電話番号 - -	
調査に立ち会う方が いる場合は、記入	立会者氏名	上尾 小太郎	被保険者との関係 長男	
	認定調査立ち会い <input checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	住所	〒 〇〇〇-×××× 上尾市本町〇〇-〇〇-〇〇 電話番号 〇〇〇-×××-□□□□ 携帯電話番号 - -	
	調査予約の電話連絡可能時間帯 <input type="checkbox"/> いつでも可 <input checked="" type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 (※ 10時~12時が連絡取りやすい)			
備考 (調査に関する希望などを記入)	以下の項目に関してご記入ください。 ・申請の理由 ・本人状況 身体機能(四肢の機能や歩行等)、生活機能(食事や排泄等)、認知機能など 入院中の場合は、入院日、退院日、入院理由、転院予定、手術の有無 ・今後利用したいサービス ・調査希望日時 ・本人の前では話しにくいこと ※上記のこと以外にも何かありましたら、ご記入ください。			

※2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入 **40~64歳の方は必ず特定疾病名を記入**

特定疾病名	脳血管疾患
-------	-------