

介護保険要介護・要支援認定(更新・区分変更)申請書

(宛先) 上尾市長

次のとおり申請します。

申請年月日		被保険者番号										個人番号										申請区分			
年 月 日																						<input type="checkbox"/> 新規 <input 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													
	被保険者証	記号					番号					枝番													
フリガナ												生年月日										年齢			
被保険者氏名		(男・女)										年 月 日										満 歳			
被保険者住所		〒 -										電話番号 - -													
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 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2								
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入										有効期限： 年 月 日 ~ 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。 (既に認定結果通知書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			
変更申請の理由																									
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 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 指定介護療養型医療施設 <input type="checkbox"/> 介護医療院 <input type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護 <input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護 <input type="checkbox"/> 医療機関(療養型病床) <input type="checkbox"/> 医療機関(療養型以外) <input type="checkbox"/> その他の施設										名 称					部 屋 番 号 又 は 階 数					〒 -			
		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無												所 在 地					電話番号 - -						
主 治 医		医療機関名					〒 -					主治医氏名 又は診療科					診療科( 科)								
		所 在 地										電話番号 - -													
提出代行者 (右欄の事業者のみ)		該当に○ 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 指定介護療養型医療施設 介護医療院 地域密着型介護老人福祉施設										名称													
		住所 〒 -										電話番号 - -													

介護サービス計画作成時必要があるときは、介護認定調査内容、主治医意見書、介護認定審査会による判定結果・意見を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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提供すること、及び更新申請について、有効期間内に要介護・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。

担当 処理 欄	受付	申請入力	資格者証		保険料		意見書			
			窓口	郵送	有	無	同	異	施	在
	調査						前回			

署名

(裏)

サービスの利用状況 (在宅サービス)	<b>介護保険</b> *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 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		
	<b>高齢者支援等</b> <input type="checkbox"/> 緊急通報システム <input type="checkbox"/> 徘徊高齢者支援サービス <input type="checkbox"/> その他( )		
窓口に来た人 (代行業者を除く)	氏名		被保険者との関係
	住所	〒 - 電話番号 - - 携帯電話番号 - -	
認定調査立ち会い <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない	立会者氏名		被保険者との関係
	住所	〒 - 電話番号 - - 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 type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 (※ )		
備考 (調査に関する希望などを記入)			

※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

特定疾病名	
-------	--