

**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	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		
		1	2		
	有効期限	令和〇年〇月〇日 ~ 令和〇年〇月〇日			
※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	※ <b>区分変更申請時のみ必ずご記入ください</b>				
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 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 checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 特定施設入所者生活介護				
<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 医療機関(療養型病床)				
	<input checked="" type="checkbox"/> 医療機関(療養型以外)				
	<input type="checkbox"/> その他の施設				
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)		
			電話番号 〇〇〇-×××-〇〇〇〇		
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		
		介護老人保健施設	指定介護療養型医療施設		
	名称	指定介護老人福祉施設	介護医療院		
	住所	〒	地域密着型介護老人福祉施設		
			電話番号		

**入院中や施設入所中は記入**

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。

**※被保険者(認定を受ける方)の氏名**

署名 **上尾 太郎**

処理欄	被保険者証	保険料	意見書
			/
調査	窓口	郵送	有 無 同 異 施 在
			前回

★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		
	高齢者支援等 <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( )		
<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			
郵送の場合も、 送り主を記入			
窓口に来た人 (代行事業者を除く)	氏名	上尾 花子	被保険者 との関係 妻
	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
-------	-------