

介護保険 要介護 (更新) 認定・要支援 (更新) 認定申請書兼区分変更申請書

(宛先) さいたま市長
次のおおりに申請します。

申請区分		<input type="checkbox"/> 新規 <input checked="" type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入		申請年月日		令和 年 月 日	
被保険者番号				個人番号			
フリガナ		サイタマ タロウ		生年月日		明・大・昭19年 4月 1日	
氏名		さいたま 太郎		性別		<input checked="" type="radio"/> 男 ・ 女 <input type="radio"/> 00歳	
住所		〒000-0000 さいたま市〇〇区〇〇町〇-〇-〇		電話番号 000 (000) 0000			
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		前回の要介護状態区分・有効期間をご記入ください。	
変更申請の理由		変更申請の場合は、その理由をご記入ください。					
病院・施設の入院・入所 (短期入所を除く)		介護保険施設・医療機関等の名称		所在地		病棟 階 号室	
主治医		〇〇診療所		主治医の氏名 (診療科)		整形 一郎 (内科)	
最終受診日		〇〇年 5月 15日		意見書記載は1名の医師に限られます。			
調査可能曜日・時間帯		(水) 曜日 午前 (午後)		都合のつかない日・曜日		4月21日 ・ (金) 曜日	
連絡先 (家族等)		氏名		被保険者との関係		妻 <input checked="" type="radio"/> 立ち会い <input type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	
住所		〒 -		(被保険者と同居の場合は記入は不要です。)			
電話番号		()					
特定疾病名		40歳から64歳の方は、ご記入ください。					
提出代行者		氏名 (名称)		被保険者との関係 ()			
住所 (所在地)		〒		被保険者や連絡先に記載されているご家族が申請される場合、ご記入は不要です。			
電話番号		()					
被保険者氏名		_____ (代筆者名)		続柄 _____			
備考欄							
調査への同行を希望する職種に○をしてください。		手話通訳者・要約筆記者・聴覚障害者相談員					

記入例

申請区分 該当する区分をご記入ください。

新規 はじめて要介護認定の申請をされる方
更新 引き続き介護保険をご利用になる方
変更 心身の状態が変化し介護量が増し、変更が必要な方
転入 他市町村で認定を受けていた方

被保険者 被保険者番号は、介護保険被保険者証 (青色) でご確認ください。
 個人番号 (マイナンバー) は、マイナンバーカード等でご確認ください。

■ 被保険者番号・個人番号 (マイナンバー) ・氏名・住所・電話番号・生年月日・性別・年齢をご記入ください。
 ■ 申請年月日は、区役所へ提出する日をご記入ください。
 ※ ご記入いただいた個人番号 (マイナンバー) を窓口で確認しますので、マイナンバーカード等を申請の際にご持参下さい。郵送の場合は写しの添付が必要となります。

前回の要介護認定の結果等 介護保険被保険者証 (青色) でご確認ください。

■ 被保険者の要介護状態区分等や認定の有効期間をご記入ください。
 ■ 新規及び転入に伴う申請の場合、ご記入は不要です。

病院・施設の入院・入所
 ■ 入院・入所している病院・施設の名称・病棟・所在地・電話番号をご記入ください。
 ■ 短期入所生活介護 (ショートステイ) ・短期入所療養介護で施設等をご利用の場合、ご記入は不要です。

主治医 (かかりつけ医) 診察券等でご確認ください。

■ 医療機関名・最終受診日・主治医の氏名 (1名のみ) ・診療科・所在地・電話番号をご記入ください。
 ■ 要介護認定の申請をされますと、医療機関への受診が必要となる場合がございます。

調査可能曜日・時間帯 ご記入いただいた曜日・時間帯以外となる場合がございます。あらかじめご了承ください。

■ 認定調査が可能な曜日・時間帯と都合のつかない日・曜日をご記入ください。

連絡先 (家族等)
 ■ ご家族の氏名・住所・電話番号・被保険者との関係をご記入ください。
 ■ 認定調査の立ち会いをご希望される場合は、「立ち会い」欄の「有」に○をご記入ください。

特定疾病名 交通事故などが原因の場合は、介護保険の対象外となります。
 ■ 国が定める16の特定疾病に該当するかどうか、主治医と相談・確認してください。

- ①がん (医師が一般に認められている医学的知見にもとづき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症 ⑦進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭小症 ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患 ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

重要 あなたの個人情報の取り扱いについての説明が書かれています。
 あなたの情報を、担当のケアマネジャー等に提供することに同意する場合は、ご署名ください。

※ 筆記用具が持てないなどの理由により、やむを得ずご署名ができない場合は、ご家族等へ代筆のご依頼をしていただいても結構です。

記入例 被保険者氏名 さいたま 太郎 (代筆者名 さいたま 花子 続柄 妻)

受付印