

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
次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入	申請年月日	平成 年 月 日
------	---	-------	----------

被 保 者	被保険者番号					個人番号				
	フリガナ					生年月日	明・大・昭	年	月	日
保 険 者	氏名					性別	男・女	歳		
	住所	〒 -				電話番号	()			
除 者	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				
	変更申請の理由	有効期間 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで								
主 治 医	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 病棟 階 号室 所在地 〒 - 電話番号 ()								
	医療機関名					主治医の氏名 (診療科)	() 科 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	最終受診日	平成 年 月 日								
	所在地	〒 -				電話番号 ()				
連 絡 先 (家 族 等)	調査可能曜日・時間帯	() 曜日 午前・午後			都合のつかない日・曜日	月 日 ・ () 曜日				
	氏名				本人との関係	立会い 有・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 ()				

第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(医療保険証の写しを添付してください。)

特定疾病名	
-------	--

申 請 書 提 出 者	氏名(名称)	事業所 ^① 本人との関係 () 地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業者・介護保険施設・地域密着型介護老人福祉施設 (該当に○)								
	住所(所在地)	〒 -	事業者番号							
		被保険者の認定調査を受託 (できる・できない)				電話番号 ()				

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、及び主治医意見書をさいたま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、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示することに同意します。

本人氏名 _____ (代筆者名 _____ 続柄 _____)

備考欄	
-----	--

調査への手話通訳者の同行を希望	<input type="checkbox"/> する・しない	調査への聴覚障害者相談員の同行を希望	<input type="checkbox"/> する・しない
-----------------	---------------------------------	--------------------	---------------------------------

受付印