

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
------	---	-------	----------

記入例

被 保 険 者	被保険者番号	個人番号			
	フリガナ	サイタマ タロウ			
氏 名	氏名	さいたま 太郎		生年月日	明・大・昭19年 4月 1日
	性別	男・女		年齢	00歳
住 所	住所	〒000-0000 さいたま市00区00町0-0-0 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。 有効期間 平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで			
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)	病院・施設の入院・入所	介護保険施設・医療機関等の名称 病棟 階 号室			
	所在地	病院・施設に入院・入所中の方は、ご記入ください。 電話番号 000 (000) 0000			
主 治 医	医療機関名	〇〇診療所		主治医の氏名 (診療科)	整形 一郎 (内科) <small>意見書記載は1名の医師に限られます。</small>
	最終受診日	平成00年 3月 15日			
	所在地	〒000-0000 さいたま市00区00町0-0-0 電話番号 000 (000) 0000			
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	さいたま 花子	本人との関係	妻	立ち会い 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	40歳から64歳の方は、ご記入ください。
-----------------------	----------------------

申 出 代 行 者	氏名 (名称)	事業所印 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 (該当に〇)
	住所 (所在地)	〒 本人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。 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	する・しない	調査への聴覚障害者相談員の同行を希望	する・しない
-----------------	--------	--------------------	--------

受付印

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 | 変更 | 心身の状態が変化し介護量が増し、変更が必要な方 |
| 更新 | 引き続き介護保険をご利用になる方 | 転入 | 他市町村で認定を受けていた方 |

被保険者 介護保険被保険者証（青色）をご確認ください。

- 被保険者番号・個人番号・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。

前回の要介護認定の結果等 介護保険被保険者証（青色）をご確認ください。

- ご自分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

- 入院している病院等の名称・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） かかりつけ医の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）

- ご家族様の氏名・住所・電話番号・本人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」に〇をご記入ください。

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（医師が回復の見込みがないと判断したもの） 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脊柱管狭さく症 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、ご家族様等へ代筆のご依頼をしていただいても結構です。

記入例） 本人氏名 さいたま 太郎 (代筆者名 さいたま 花子 続柄 妻)