

介護保険 要介護（更新）認定 要介護状態区分変更認定 要支援（更新）認定 要支援状態区分変更認定 サービスの種類指定変更 申請書

(宛先) 京都市 区長	平成29年 2月 ▲▲日
申請者の住所（提出代行者にあっては、事業所の所在地）	申請者（提出代行者を除く。）の氏名 京都 太郎
	提出代行者（事業所）の名称 代行申請の場合は、記入不要 印
	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 指定居宅介護支援事業者 <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"/> 地域密着型介護老人福祉施設

代行申請の場合は、事業所名称を記入のうえ、代表者（管理者）印又は事業所印を押印してください。また、該当する□に✓を記入してください。

代行申請の場合は、記入不要

介護保険法 施行規則	<input type="checkbox"/> 第35条第1項の規定により要介護認定 <input type="checkbox"/> 第49条第1項の規定により要支援認定	支援更新認定 区分の変更の認定
	<input checked="" type="checkbox"/> 第40条第1項の規定 <input type="checkbox"/> 第42条第1項の規定 <input type="checkbox"/> 第59条1項の規定によりサービス種類の指定の変更	を申請します。

「被保険者番号」と「個人番号」を記入してください。

被保険者番号	個人番号
1 0 0 0 0 - 2 3 4 5 6	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0

住所	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ	電話 (075) 000-XXXX
フリガナ	キョウト タロウ	生年月日 明・大 西暦 ΔΔ年 XX月 OO日
氏名	<input checked="" type="checkbox"/> 申請者に同じ	

申請者と同じ場合でも、フリガナは必ず記入してください。※代行申請の場合は、住所・氏名も必ず記入。

施設等に入所している場合は、該当項目にチェックのうえ、必要事項を記入してください。

介護保険施設	<input type="checkbox"/> 有	入所又は入院している施設の名称	入院している病院等の種類	<input type="checkbox"/> 介護保険適用 <input type="checkbox"/> 医療保険適用
新又は入所の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 無	所在地		
主治の医師	氏名 介護 一郎	病院又は診療所の名称 かいご内科医院		
	病院又は診療所の所在地 京都市中京区〇〇下る□□町◇◇番地			

「区分変更申請」の場合は、申請理由を記載してください。

申請の理由(注)			
現に受けている認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5) <input type="checkbox"/> 要支援 (□1 □2)	有効期限	年 月 日

注 申請の理由の欄は、要介護状態区分の変更の認定、要支援状態区分の変更の認定又はサービスの種類の指定の変更を申請する場合に記入してください。また、サービスの種類の指定の変更を申請する場合は、新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に指定を受けているサービスの種類のうち削除を求めるものを同欄に記入してください。

□第2号被保険者

加入医療保険の名称	加入医療保険の被保険者証、加入者証又は組合員証の記号及び番号
特定疾病の名称	

第2号被保険者（40歳以上65歳未満）の方は、必要事項を記入してください。

原則、被保険者本人が自署してください。ただし、心身の状況により自署できない場合は、本人の意思が確認できる場合に限り、家族又は申請を代行する者が代筆することができます。また、本人の意思が確認できない場合は、家族のみ代筆することができます。（成年後見人等の法定代理人は代筆可です。）
なお、代筆する場合は、被保険者氏名の他、代筆者の氏名及び被保険者との続柄を必ず記載してください。

【記載例】本人氏名 **京都太郎**（代筆者氏名 **京都京子**（続柄 **妻**））

可能な範囲で記入してください。

本人氏名（自署） 京都 太郎	（代筆者氏名 京都京子 （続柄 妻 ））
-----------------------	------------------------------------

表面もご記入ください。

被保険者が介護保険施設に入所されている場合（介護保険施設への入所年月日）	年 月 日
訪問調査先及び連絡先（“被保険者欄”と異なる場合のみ）	認定調査の実施 <input type="checkbox"/> 事業者コード <input type="checkbox"/> 市職員
主治の医師の診療科 内科	医療機関コード
保険者確認欄（記入しないでください）	
資格者証受領確認欄	受領者氏名

