

## 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<br><b>京都 太郎</b>  |  |
| 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。   |  | 提出代行者（事業所）の名称<br>印   |  |
|  |  | 代行申請の場合は、記入不要  |  |
| 介護保険法 施行規則   |  | □第35条第1項の規定により要介護認定<br>✓第40条第1項の規定 「被保険者番号」と「個人番号（マイナンバー）」を記入してください。<br>□第42条第1項の規定<br>□第59条1項の規定によりサービス種類の指定変更  |  |
| 被保険者   |  | 個人番号<br>被保険者番号<br>1 0 0 0 0 - 2 3 4 5 6 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 0 0<br>住所 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>電話 (075) 〇〇〇-XXXX<br>フリガナ <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>生年月日 明・大昭・西暦<br>氏名 <input checked="" type="checkbox"/> 申請者と同じ<br>△△年 XX月 OO日<br>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。<br>※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。  |  | 被保険施設<br>□有<br>□無<br>新規又は既存の有無<br>所在地<br>入所又は入院している施設の名称<br>病院等の種類<br>□介護保険適用<br>□医療保険適用   |  |
| 主治の医師  |  | 氏名 <b>介護 一郎</b> 病院又は診療所の名称 <b>かいご内科医院</b><br>病院又は診療所の所在地 <b>京都市中京区〇〇下る口口町△△番地</b>  |  |
| 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）<br><input type="checkbox"/> 要支援（□1 □2）<br>「区分変更申請」の場合は、申請理由を記載してください。   |  |
| 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。 |  | 有効期限 年 月 日   |  |
| □第2号被保険者   |  | 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 痘 の 名 称  |  | 原則、被保険者本人が自署してください。<br>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。）<br>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。  |  |
| 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。  |  | 【記載例】本人氏名 <b>京都太郎</b> （代筆者氏名 <b>京都京子</b> （続柄 妻））   |  |
| 3（要介護（支援）更新認定を申請する場合は、）現在受けている要介護（支援）認定の結果、この処分を行う場合であっても京都市からする延期通知を省略することに同意します。   |  |  |  |
| 可能な範囲で記入してください。  |  | 本人氏名（自署） <b>京都 太郎</b> (代筆者氏名) (続柄) )<br>↓可能な範囲で事前にご記入ください。   |  |
| 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  |  | 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  |  |

## 要介護認定を申請する介護保険被保険者の皆様へ

要介護認定申請の結果、要支援・要介護と認定された方は、地域包括支援センターの保健師等や居宅介護支援事業者の介護支援専門員（ケアマネジャー）（以下「介護支援専門員等」といいます。）と相談のうえ、介護支援専門員等が作成した介護予防サービス計画又は居宅サービス計画に基づき、サービスを受けることができます。

この介護支援専門員等は、あなたの心身の状態、家庭の状況等を踏まえ、サービス事業者や主治医と連絡・調整しながら、あなたにとって最も適切で望ましい介護予防サービス計画又は居宅サービス計画を作成します。

下の「主治医への認定結果等の情報提供確認書」は、介護支援専門員等が主治医との連絡・調整を円滑に進めるために、また、共通の認識をもって、あなたの日常生活を支援していくために、あなたの「要介護認定結果」や「介護予防サービス計画」又は「居宅サービス計画」を京都市や地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者から主治医に情報提供することについて、あなたの意向を確認するものです。

主治医は、あなたの日常生活を支援していくために「要介護認定結果」や「介護予防サービス計画」又は「居宅サービス計画」を使用し、その他の目的で使用するものではありません。

趣旨をご理解いただき、ご回答いただきますよう、よろしくお願ひいたします。

京都市区役所・支所福祉部福祉介護課  
京都市右京区役所京北出張所福祉担当

### 主治医への認定結果等の情報提供確認書

私は、介護保険の要介護認定等に係る主治医意見書を記載した主治医が要介護認定・要支援認定の結果等の情報提供を求めた場合は、当該主治医に対して

1 京都市が要介護認定結果を情報提供することに

同意する  同意しない

2 地域包括支援センターが介護予防サービス計画  
居宅介護支援事業者が居宅サービス計画  
を情報提供することに

（介護保険施設等に入所中の方は退所後に、また、介護予防サービス計画又は居宅サービス計画作成依頼先が未定の方は、作成依頼先決定後に情報提供するかどうかについて、事前にご記入ください。）

同意する

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））

平成29年 2月▲▲日

裏面も記入ください。

被保険者  
本人氏名（自署） 京都 太郎  
(代筆者氏名) (続柄 )

※ 情報提供の同意欄にご記入のうえ、要介護認定等の申請時に申請書とともに、区役所・支所福祉介護課又は右京区役所京北出張所福祉担当にご提出ください。

なお、この確認書は要介護認定等の申請ごとに提出していただく必要があります。

被保険者番号

|   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|