

(両面印刷してください)

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

※新規・区分変更は原則として申請日が認定結果の有効期間開始日となります

(宛先)京都市長(区長) ※該当するものに「レ」点を記入してください 申請年月日※ 年 月 日

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更(<input type="checkbox"/> 状態悪化 <input type="checkbox"/> 状態改善 <input type="checkbox"/> 要支援からの区分変更) <input type="checkbox"/> サービス種類の指定の変更
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 (電話)
	提出代行者(事業所)の名称 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 <input type="checkbox"/> 介護医療院

被保険者	被保険者番号			個人番号 (マイナンバー)		
	住所	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ (電話)				
	フリガナ					
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者に同じ	生年月日	明・大 昭・西暦	年 月 日	
			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
	介護保険施設、病院等への入所又は入院の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入所又は入院している施設の名称 所在地	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	(電話)

主治の医師	氏名	※できるだけフルネームで記入してください		病院又は診療所の名称	(科)
	病院又は診療所の所在地	(電話)			

申請の理由 (主な疾患名, 心身の状態の変化等)	※区分変更, サービスの種類の変更の申請をする場合に記入してください				
現に受けている認定	<input type="checkbox"/> 要介護 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 要支援 (<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2)	有効期限	年 月 日		

1 介護予防ケアマネジメント, 介護予防サービス計画, 居宅サービス計画又は施設サービス計画が私の心身の状況, 置かれている環境及び希望を勘案したものとなり, 適切な介護, 福祉サービスの提供を受けるため, 要介護認定又は要支援認定に係る調査の結果, サービス計画作成者, 主治の医師の意見, 認定審査会の意見及び要介護認定又は要支援認定の結果を京都市から地域包括支援センター, 指定居宅介護支援事業者, 介護保険施設等の職員, 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。

2 要介護認定の結果が非該当となった場合, 介護予防事業の適用を受けられるよう, 要介護認定に係る調査の結果, 主治の医師の意見, 認定審査会の意見及び要介護認定の結果を京都市から地域包括支援センターに提示することに同意します。

3 主治医意見書を記載した医師より求めがあれば, 要介護認定結果, 介護予防サービス計画又は介護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当該医師に情報提供することに同意します。

4 (要介護(支援)更新認定を申請された場合のみ)
現在受けている要介護(支援)認定の有効期間内に要介護(支援)認定を行うことができる場合であれば, 申請日から30日を超えて処分を行う場合であっても京都市から被保険者に発出する延期通知を省略することに同意します。

被保険者 本人氏名(自署) (代筆者氏名) (続柄)

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)

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
<input type="checkbox"/> 加入医療保険の名称等は別添(被保険者証等の写し)のとおり	
特定疾病の名称	

↓以下は記入しないでください

裏面も御確認下さい	調査先コード	受付	入力	区・支所 印	センター 印
	医療機関コード				
	通信欄				
	<input type="checkbox"/> 令和 年 月 日来庁 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日郵便到着 <input type="checkbox"/> 再交付申請書提出済み ()				

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書

※緊急時前

※緊急時の対応と申請書の事前送付について

申請時に必要な書類

- ・介護保険 要介護認定・要支援認定申請書(新規・区分変更・京都市外の認定調査を希望の場合は裏面もご記入ください)
- ・介護保険被保険者証(原本)(ない場合は介護保険被保険者証等亡失届兼再交付申請書)
- ・個人番号(マイナンバー)を確認できる書類の写し(通知カード等)
- ・医療保険証の写し(40歳以上65歳未満の人のみ)

心身の状態が著しく悪く、数日中に容態の急変等で認定調査が実施できなくなる可能性がある場合は、申請書の右上に朱書きで「緊急」と記載の上、⑥申請の理由欄に緊急であること理由を詳しく記入してください。

また、各月1日付の申請は、申請書を事前に預かることを可能とします。申請年月日に「令和〇年〇月1日」、申請書の右上に朱書きで「事前」と記入し、前月末開庁日から5開庁日前までの開庁日(前月末開庁日含む)に、事務センターに到着するように郵送してください。

①申請年月日欄

ポスト投函日の日付をご記入ください。
新規・区分変更は申請日が認定結果の有効開始日となります。

②申請区分

申請区分にチェックを入れてください。
区分変更は区分変更前にチェックを入れ、状態悪化か状態改善のいずれかにもチェックを入れてください。
要支援者の区分変更(状態悪化)は要支援からの区分変更前にチェックを入れてください。

③申請者欄

申請者の住所・氏名をご記入ください。事業所からの代行申請の際は、事業所の住所・名称をご記入の上、事業所種別にチェックを入れ、必ず事業所印を押印下さい。(事業所印がない場合は、事業所名称と担当者氏名を記入のうえ、担当者の個人印でも可)

④被保険者欄

介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号をご記入ください。
個人番号カードまたは個人や通知カードに記載されている12桁の個人番号をご記入ください。
本人の住所・電話番号・氏名・生年月日・性別をご記入ください。
介護保険施設、病院等へ入院または入所している場合は、名称・所在地・電話番号をご記入ください。

⑤主治の医師欄

現在、定期的を受診されている医療機関(かかりつけ医)の主治医名・医療機関名・所在地・電話番号をご記入ください。複数の医療機関を受診している場合、介護が必要な状態の直接の原因である病気を治療しているなど、本人の状態を最も知っている医師の氏名・医療機関名・所在地・電話番号をご記入ください。

⑥申請の理由欄

心身の状態の変化(悪化・改善)が見られる場合、主な疾患名や時期などを含め、詳しくご記入ください。
区分変更・サービスの種類の変更の申請をする場合は必ずご記入ください。
また、緊急に認定調査が必要な場合はその理由を詳しく記入してください。

⑦現に受けている認定欄

更新申請や区分変更申請など、前回の要介護等認定結果がある場合にご記入ください。(介護保険被保険者証を確認してください)

⑧個人情報取扱い等同意欄

個人情報の取り扱いについての説明等が記載されています。記載内容に同意する場合は必ず本人氏名を記入ください。ご本人による記入が困難な場合は代筆いただいても結構です。その際は必ず代筆者氏名と続柄をご記入ください。

⑨加入医療保険・特定疾病欄(40歳以上65歳未満の人のみ)

加入している医療保険の名称、被保険者の記号・番号を記入してください。国の定める特定疾病に該当する場合、申請することができます。主治医によく確認し、該当する特定疾病をご記入ください。加入医療保険の名称等は、被保険者等の写しを添付し、チェックしていれば記入は不要です。

※新規・区分変更 1 して申請日が認定結果の有効開始日となります

(宛先)京都市長() ※該当するものに「レ」印を記入してください 申請年月日※ 令和 2 年 4 月 1 日

申請区分 新規 更新 区分変更(□状態悪化 □状態改善 □要支援からの区分変更) □サービス種類の指定の変更

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

京都市中京区御池八幡町65 (電話 075-000-0000)

3 山代行者(事業所)の名称 京都ケアプランセンター (電話 075-111-0000)

□地域包括支援センター □指定居宅介護支援事業者 □指定介護老人福祉施設 □介護老人保健施設 □指定介護療養型医療施設 □地域密着型介護老人福祉施設 □介護医療院

被保険者欄

被保険者名 4 1 0 0 0 1 - 0 0 0 1 0 個人番号(マイナンバー) 0 0 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

住所 □申請者と同じ 京都市中京区寺町通御池上本能寺前町488番 (電話 075-111-0000)

フリガナ 京ウオ タウ 生年月日 明・大 11年 1月 1日

氏名 □申請者と同じ 京都 太郎 性別 男 □女

介護保険施設、病院等への入所又は入院の有無 有 無 入所又は入院している施設の種類 介護保険適用 医療保険適用

施設名称 烏丸総合病院 入院している病院等の種類 介護保険適用 医療保険適用

所在地 京都市中京区御池下西三方坂川町0番 (電話 075-012-3456)

主治の医師

氏名 5 烏丸 一郎 病院又は診療所の名称 烏丸総合病院 (整形外科)

病院又は診療所の所在地 京都市中京区御池下西三方坂川町0番 (電話 075-012-3456)

申請の理由(主な疾患名、心身の変化等) 6 ※区分変更、サービスの種類の変更の申請をする場合に記入してください

現に受けている認定 7 □要介護(□1 □2 □3 □4 □5) □要支援(□1 □2) 有効期限 年 月 日

1 介護予防ケアマネジメント、介護予防サービス計画、居宅サービス計画又は施設サービス計画が私の心身の状況、置かれている環境及び希望を勘案したものと知り、適切な介護、福祉サービスの提供を受けるため、要介護認定又は要支援認定に係る調査の結果、サービス計画作成者、主治の医師の意見、認定審査会の意見及び要介護認定又は要支援認定の結果を京都市から地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者、介護保険施設等の職員、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。

2 要介護認定の結果が非該当となった場合、介護予防事業の適用を受けられるよう、要介護認定に係る調査の結果、主治の医師の意見、認定審査会の意見及び要介護認定の結果を京都市から地域包括支援センターに提示することに同意します。

3 主治医意見書を記載した医師より求めがあれば、要介護認定結果、介護予防サービス計画又は介護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当該医師に情報提供することに同意します。

4 (要介護(支援)更新認定を申請された場合のみ)
現在受けている要介護(支援)認定の有効期間内に要介護(支援)認定を行うことができる場合であれば、申請日から30日を超えて処分を行う場合であっても京都市から被保険者に発出する延期通知を省略することに同意します。

被保険者 8 京都 太郎 (代筆者氏名) 京都 次郎 (続柄) 長男

本人氏名(自署)

□第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)

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

□加入医療保険の名称等は別添(被保険者証等の写し)のとおり

特定疾病の名称

以下は記入しないください

裏面も御確認下さい

医療機関コード

通信欄

□令和 年 月 日来庁 □令和 年 月 日郵便到着

□再交付申請書提出済み()