

介護保険 要介護認定・要支援認定申請書 ※緊急事前

※新規・区分変更(要介護から要支援への区分変更を除く。)は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

申請年月日※ 1 令和 8 年 4 月 1 日

※該当するものに「レ」点を記入してください

申請区分 2 新規 更新 要支援からの区分変更 要介護からの区分変更
サービスク種別の指定の変更 他市引継 介護扶助10割(生活保護)からの引継

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
京都市中京区柳八幡町65
 フリガナ
 (電話)
 提出代行者(事業所)の名称
 3 **京都ケアプランセンター**
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 地域密着型介護老人福祉施設 介護医療院

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

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

フリガナ 申請者と同じ **キョウト タロウ**

氏名 **京都 太郎** 生年月日 明・大 48年 10月 1日
 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 **京都市中京区柳八幡町65番地** (電話 075-012-3456)

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) 5 **烏丸 一郎** 病院又は診療所の名称 **烏丸総合病院** (脳神経内科)
 病院又は診療所の所在地 **京都市中京区柳八幡町65番地** (電話 075-012-3456)

変更申請の理由 6 状態改善 状態悪化()

現に受けている認定 要介護 (□1 □2 □3 □4 □5) 要支援 (□1 2) 有効期限 **令和 11 年 8 月 31 日**

7 1 介護サービス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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、京都市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、京都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、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係者、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)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 8 **京都 太郎** (代筆者氏名) **京都 花子** (続柄) 妻
 (代筆された場合は右欄(代筆者氏名)(続柄)も記入してください)

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病の名称 9 **筋萎縮性側索硬化症**

1 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

医療機関コード

通信欄(区⇒センター)

区受付者

再交付申請書提出済み 家族同時調査希望 緊急連絡済み

※緊急時の対応と申請書の事前送付について

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、認定調査連絡票に緊急であること理由を詳しく記入してください。

新規・区分変更申請など、1日付で申請を行いたい場合は、申請年月日を「令和〇年〇月1日」とし、申請書の右上に朱書きで「事前」と記入いただき、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した申請書等は事前に預かります。

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。ただし、要介護から要支援への区分変更の場合は、認定年月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。

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・名称をご記入のうえ、事業所種別にチェックを入れてください。

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。
 マイナンバーカードまたは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、定期的に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。複数の医療機関に受診している場合、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変更申請の理由欄

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。

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、家族又は代行申請を行うケアマネジャーなどに代筆いただくこともできます。その際は必ず代筆者氏名と続柄をご記入ください。

⑨特定疾病欄(40歳以上65歳未満の人のみ)

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。

1 <第2号被保険者(40歳以上65歳未満)の方へのお願い>
 医療保険加入者であることの確認が必要となるため、以下のいずれかをお持ちの方は、申請時に添付していただくよう協力をお願いします。
 (添付がない場合は、京都市で医療保険の加入状況を確認します。)
 ●マイナ保険証を保有されている方…医療保険者から発行される「資格確認のお知らせ」
 ●マイナ保険証を保有されていない方…医療保険者から発行される「資格確認書」