

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

申請年月日※

年

月

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(提出代行者にあつては、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

☐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

被保険者

被保険者番号

住所

フリガナ

氏名

生年月日

明・大

昭・西暦

年

月

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

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

☐介護保険適用☐医療保険適用

☐無

所在地

(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

☐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

(代筆者氏名)

(続柄)

(代筆者の場合は右欄(代筆者氏名)(続柄)も記入してください)

加入医療保険の名称等

☐別添(「資格情報のお知らせ」または「資格確認書」等の写し)のとおりに

加入医療保険の名称

加入医療保険の記号、番号及び枝番

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

↓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

☐年 月 日来庁☐年 月 日郵便到着
☐再交付申請書提出済み☐ ()

受付

入力

区・支所 印

センター 印

認 定 調 査 連 絡 票

* 申請日時点の情報を記入してください。

申請者	☐ 本人・家族 ☐ 代行事業所																
被保険者番号													フリガナ			生年月日	
													被保険者氏名			明治 大正 昭和 西暦	年 月 日 (歳)
現に受けている認定						☐ 要介護 (☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5) ☐ 要支援 (☐ 1 ☐ 2)											
訪問先 ※該当するものに☑	☐ 自宅					※住民票と同じ場合は記入不要											
	☐ 自宅以外					施設・病院名			※可能な限り 病棟・病室まで記入								
						所在地											
						電話番号			() -								
調査日の 連絡調整先 ※複数ある場合は、優先順位を記載してください。	(フリガナ)										本人との 続柄・関係		連絡が可能な曜日や時間帯を記入してください。 【勤務先等名称： 】				
	氏名																
	優先順位	自宅			()			-									
		携帯電話			()			-									
		勤務先等			()			-									
	<備考>																
調査実施で都合の悪い曜日等 ※該当するものに☑	調査実施日については、担当する認定調査員から日程調整の連絡をさせていただきます。 担当調査員の調整及び認定調査日の日程調整を円滑に行うため、都合の悪い曜日、時間帯をチェックしてください。 月 ☐ 午前 ☐ 午後 火 ☐ 午前 ☐ 午後 水 ☐ 午前 ☐ 午後 木 ☐ 午前 ☐ 午後 金 ☐ 午前 ☐ 午後 土 ☐ 午前 ☐ 午後 日 ☐ 午前 ☐ 午後 ()																
調査の際同席の有無	☐ 無 ☐ 有 ☐ 連絡調整先と同じ (氏名) (続柄・関係)																

その他 連絡事項	被保険者について、参考に以下のことについてお聞きます。※該当するものに☑ ・入院または通院していますか？ ☐ない ☐ある(病名及び病状:) ・物忘れすることはありませんか？ ☐ない ☐ある(具体的には:) ・日常生活で困っていることは？ () ・意思を調査員に伝えるために手話通訳事業の利用を希望されますか？ ☐希望しない ☐希望する その他、事前に認定調査員に伝えておきたい事があれば、記入してください。※今回申請に至った理由、認知症・居住環境、利用したい介護サービス、調査対象者とコミュニケーションをとるにあたり配慮すべきこと など ()
---------------------	--

※記入者が申請者と異なる場合のみ記載してください。	フリガナ	☐ 連絡調整先と同じ	本人との 続柄・関係
	連絡票記入者氏名		