

(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

※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"/> 申請者と同じ (電話)		
	フリガナ		生年月日	明・大 年 月 日 昭・西暦
	氏名	<input type="checkbox"/> 申請者と同じ		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 (電話)	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

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

- 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。
- 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。
- 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。
- (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)

<input type="checkbox"/> 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 ()				

