

介護保険 要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書兼区分変更申請書

（宛先）さいたま市長
次のとおり申請します。

申請区分	<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 変更 <input type="checkbox"/> 転入	申請年月日	令和 年 月 日
------	---	-------	----------

被 保 者	介護保険 被保険者番号		個人番号				
	医療 保険	保険者名	保険者番号				
		被保険者証	記号	番号	枝番		
	フリガナ		生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女	歳
	氏 名						
	住 所		〒 - 電話番号 ()				
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5			要支援状態区分 1 2	
	変 更 申 請 の 理 由		有効期間 令和 年 月 日 から 令和 年 月 日 まで				
	病院・施設の 入院・入所 (短期入所を除く)		介護保険施設・医療機関等の名称 所在地 〒 - 病棟 階 号室 電話番号 ()				
	主 治 医	医療機関名		主治医の氏名 (診療科)		() 科 意見書記載は1名の医師に限られます。	
最終受診日		令和 年 月 日					
所 在 地		〒 - 電話番号 ()					
調査可能曜日・ 時間帯		() 曜日 午前・午後		都合のつかない 日・曜日		月 日 ・ () 曜日	
連 絡 先 (家族等)	氏 名		被保険者との 関係		立会い 有 ・ 無		
	住 所		〒 - (被保険者と同居の場合は記入は不要です。) 電話番号 ()				

第2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）のみ記入

特 定 疾 病 名	
-----------	--

提 出 代 行 者	氏 名 (名称)	被保険者との関係 () 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・地域密着型介護老人福祉施設（該当に○）				
	住 所 (所在地)	〒 -	事業所番号			
		被保険者の認定調査を受託（できる・できない） 電話番号 ()				

介護サービス計画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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書をさいたま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、介護保険施設の関係人、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。

被保険者氏名 _____ (代筆者名 _____ 続柄 _____)

備考欄	
-----	--

調査への同行を希望する職種に○をしてください	手話通訳者・要約筆記者・聴覚障害者相談員
------------------------	----------------------

受付印

要介護（要支援）認定を申請する第2号被保険者の皆様へ

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）は枠内の必要事項を記入してください。

※医療保険証の提示または医療保険証の写しを添付される場合は記入不要です。

医療保険情報

医療保険者名			
医療保険者番号			
医療保険証 記号・番号	記号	番号	
医療保険 資格取得日	昭・平・令 年 月 日	資格区分	本人・扶養

被扶養者の場合、扶養者の名前をお書き下さい。



--

記入例

要介護（要支援）認定を申請する第2号被保険者の皆様へ

第2号被保険者（40歳以上65歳未満の方）は枠内の必要事項を記入してください。

※医療保険証の提示または医療保険証の写しを添付される場合は記入不要です。

医療保険情報

医療保険者名	〇〇健康保険組合		
医療保険者番号	987654321		
医療保険証 記号・番号	記号 999	番号 123456	
医療保険 資格取得日	昭・平・令 21年 1月 1日	資格区分	本人・扶養

被扶養者の場合、扶養者の名前をお書き下さい。



さいたま 太郎
