

様式第5号（第8条関係）

介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定・要介護（要支援）状態区分変更申請書
 坂戸市長 あて
 次のとおり申請します。

1 新規申請	2 更新申請	3 区分変更申請	申請年月日	年 月 日
申請者氏名			本人との関係	
申請者住所	〒		電話番号	

※ 申請者が被保険者本人の場合、申請者住所・電話番号は、記載不要です。

被 保 険 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	記号		番号		枝番					
	ふりがな	-----								生年月日	年 月 日	
	氏名									性別	男 ・ 女	
	住所	〒								電話番号		
	前回の要介護 認定の結果等	要介護状態区分等										
	※要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入	有効期間	年 月 日から				年 月 日まで					
	変更申請の場 合のみ理由を 記入											
	現在の介護保 険施設・医療機 関等の入所・入 院の有無	有・ 無	介護保険施設・医療機関等の名称・所在地・入所（入院）日等									入所（入院）日
		名称							退所（退院）予定	有・無		
		所在地							退所（退院）予定日	年 月 日		

提出代行者 名称	該当に○（地域包括支援センター・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・介護医療院）
提出代行者 住所	〒
	電話番号

主 治 医	医療機関名		主治医の氏名	
	所在地	〒	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	
-------	--

介護サービス計画の作成等の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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、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人が取得した心身の状況等の情報を、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人、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こと（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。）に同意します。

本人氏名

自署不能につき代筆 _____ 続柄（ _____ ）

(裏面)

◆ 下の欄にご記入ください。

調査等の連絡について	1 被保険者本人	2 家族等
家族等に連絡を希望する場合は記入してください。 (平日の日中に連絡が取れる電話番号をお願いします)	ふりがな	
	氏名	
	被保険者との関係	
	電話番号	自宅 携帯
調査時の家族等の立ち会いの希望について	1 希望する	2 希望しない
最近の受診について	1 受診日 平成・令和 年 月 日	2 入院中 3 受診していない
認定調査先住所・電話番号 ※一時的に住民票の住所と異なるところに居住している場合のみ記入してください。(入院・入所している場合は、記載不要)	住所	電話番号
調査場所付近の駐車スペースについて(入院・入所している場合は、記載不要)	1 あり(駐車場所)	2 なし
その他 ※連絡の時間等ご希望がある場合は記入してください。		

◆ 初めて申請される方は下記にもご記入ください。

○ 認定結果が出るまでには、通常でおよそ1ヶ月かかりますが、介護サービスをすぐに利用したい希望がありますか。

はい (希望サービス) いいえ

○ 歩行 自立 杖や何かにつかまり歩く 歩けない

○ 外出 電車やバスで一人で出かける 近所なら一人で出かける

出かけるときは誰か付き添いが必要 出かけられない

○ 排泄 自立 介助が必要だがトイレ利用 オムツを使用

○ 認知症はありますか ない

ある

どんな症状がありますか? → ひどい物忘れ 火の消し忘れ 外出して帰れない 目的もなくうろろしている 暴力・暴言 夜寝ない

市記入欄

受付	介護保険証	資格者証	システム処理	備考
	有・無	交付・郵送	済・未(処理日 /)	