# 記入上の注意

様式第７号（第１２条関係）

介護保険　要介護（更新）・要支援（更新）認定申請書兼変更申請書

久喜市長　あて

次のとおり申請します。　　令和 × 年 × 月 × 日

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 申請区分 | ①新規申請　2.更新申請　3.区分変更　4.転入申請（転出元市区町村名　　） | | | | |
| 被保険者 | 被保険者番号 | × × × × × × × × × × | 転出元自治体に認定申請中の方は、申請日を記入して下さい。　年　月　日 | | |
| | 個人番号 | × × × × × × × × × × × × | | | |
| | フリガナ | クキ　ハナコ | 生年月日 | 性別 | |
| | 氏　名 | 久喜　花子 | 昭和 × 年 × 月 × 日 | 男 (女) | |
| | 住　所 | 久喜市下早見８５－３ | 電話番号　０４８０（２２）１１１１ | | |
| | 現在の要介護度 | 要支援　１・２　　要介護　１・２・３・４・５ | | | |
| | 現在の有効期間 | 年　月　日　から　年　月　日 | | | |
| | 特定疾病名 | 第２号被保険者（４０歳から６４歳までの方）は必ず記入してください。 | | | |
| | 区分変更申請理由 | 区分変更申請の場合は必ず記入してください。 | | | |
| 認定調査 | 調査場所<br>被保険者の住所地の場合は、住所及び電話番号の記入は不要です。 | (住所地)・住所地以外・病院・施設<br>（病院・施設名　　病棟　　号室） | | | |
| | | 住所　　電話番号　（　） | | | |
| | 立会い希望 | (あり)・なし | 氏名 | 久喜　太郎 | 本人との関係　夫　(同居)・別居 |
| | 連絡先電話番号<br>日中に連絡が取れる番号の記入をお願いします。 | ①　０４８０（２２）１１１１<br>(自宅)　携帯　勤務先 | ②　×××（××××）××××<br>自宅　(携帯)　勤務先 | 備考 | |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 主治医 | 医療機関名 | 久喜病院 | 主治医名 | 久喜　一郎 | 前回受診日 × 年 × 月 × 日<br>次回受診日 × 年 × 月 × 日 |
| | 所在地 | 久喜市×××　　電話番号　××××（　××　）×××× | | | 入院<br>入所　年　月　日～ |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 医療保険 | 医療保険者名 | 埼玉県後期高齢者医療広域連合 | 医療保険者番号 | ３９１１２３２１ |
| | 記号・番号・枝番 | ００００００００ | | |

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、主治医意見書、久喜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、久喜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（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。

（更新認定のみ）申請の日から３０日を超える場合であっても、現在の認定の有効期間内であれば、処理見込期間等の通知を省略することに同意します。

本人氏名（署名）　久喜　花子　　代筆者氏名（署名）　久喜　太郎

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 申請代行者 | 氏名 | 久喜　太郎 | 本人との関係 | 夫 |
| | 住所 | 久喜市下早見８５－３　　電話番号　０４８０（２２）１１１１ | | |

◆事業者が提出代行する場合は次の欄に記入してください。

| | | |
|---|---|---|
| 提出代行者 | 種別・名称 | 地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設・介護医療院　※該当に○をつけてください。<br>電話番号　（　） |
| | 所在地 | 担当者名：<br>担当ケアマネジャーですか　はい・いいえ |

個人番号（マイナンバー）が分からない場合は未記入で結構です。

入院・入所等で自宅以外での調査が必要な場合は、ご記入ください。自宅の場合は記入不要です。

医療機関名は正確にご記入ください。複数医療機関に受診している場合でも、意見書を記入する医師は一人です。主治医が現在の状況を把握するため、受診をお願いすることがあります。医療機関の指示に従ってください。

医療保険の被保険者番号等を記入してください。※記入例は、後期高齢者医療保険の資格情報です。

事業者が提出代行する場合に記入する欄です。

## 記入にあたってのお願い

① 申請書に記入いただいた内容をもとに、訪問調査日の調整や主治医意見書の依頼を行いますので、記入内容は正確に記入いただきますようお願いします。

② 記入漏れがある場合は、修正等お願いすることもあります。その場合、認定結果が出るまでの期間が通常より長くなることもありますので、ご了承ください。

③ 申請書裏面「訪問調査連絡票」の記入も忘れずにお願いします。

④ 調査の立会いは、できるだけ本人の状況を把握されている方でお願いします。（なお、医療機関等で調査の場合、ご家族の立会いができない場合があります。）

⑤ 医療機関等への入院・入所して間もない場合等、ご本人の状況によっては訪問調査をすぐに行えない場合があります。訪問調査が可能であるかを入院（入所）先へ確認し、確認内容を申請書提出時にお知らせください。

ご協力をお願いいたします。