

介護保険 要介護・要支援状態区分変更認定申請書

新宿区長 宛て

次のとおり申請します。

		申請年月日	令和 年 月 日
申請者氏名		本人との関係	
提出代行者名称 (代行の場合のみ記入)	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	指定事業者コード	
申請者又は 提出代行者の住所	※〒	電話番号	※( )

※申請者が本人の場合申請者住所・電話番号は記載不要

変更申請の理由	1 状態悪化のため    2 状態軽減のため    3 その他 ( )
---------	-------------------------------------

被 保 険 者	被保険者番号		個人番号		
	フリガナ		生年月日		
	氏 名		性 別		
	住 所 (住民票)	〒	電 話 番 号		
	現在いる所	〒	電 話 番 号		
	前回の要介護 認定の結果等	要介護・要支援更新認定の場合のみ記入	要介護状態区分 1 2 3 4 5    要支援状態区分 1 2	有効期限 年 月 日から 年 月 日まで	
		14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(区市町村)名〔 〕 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 はい・いいえ		
	現在 病院入院中・ 施設入所中 (短期入所を除く)	有 ・ 無	現在の入院先病院名 又は入所先施設名		
			所 在 地	〒	電 話 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	
主治医  (該当に ○)  有・無	主治医の氏名				
	医療機関名		診療科名		
	所 在 地	〒	電 話 番 号		
	介護保険事業において主治医意見書を作成した医師と連携を図るため、区が当該医師に介護認定審査会による判定結果・意見をお知らせします。お知らせすることに同意しない場合は、□にレをしてください。 □同意しない				

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	
-------	--

本人の情報を提供する ことへの 同意欄	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・要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を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若しくは介護保険施設の関係人又は認定調査に従事した調査員に、区が情報提供することに同意します。 本人氏名
---------------------------	--

この欄は 記入しない ください	番号確認	身元確認	代理権・身元確認	医療機関コード	診療科	調査員コード
	・個人番号カード ・その他( )	・運転免許証 ・パスポート ・その他( )	・委任確認( ) ・身元確認( )			

要介護・要支援認定申請に伴う連絡事項

被保険者氏名		※必要事項を記入して、申請書とともに提出してください。
申請の理由(新規申請・状態区分変更申請の方は必ず今回の申請理由をご記入ください。)		
<p>1 認定調査日程等の連絡先</p> <p>フリガナ (1) 氏名 (本人との続柄) <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無 (2) 日中、連絡できる電話番号(携帯電話等) — — <small>※ご本人様以外の場合にご記入下さい。</small></p> <p>2 認定調査を行うとき 上記以外の方の立会い希望 <input type="checkbox"/> 有・<input type="checkbox"/> 無</p> <p>フリガナ (1) 立会い希望者氏名 (本人との続柄) (2) 日中、連絡できる電話番号 — — <small>(※通常は担当ケアマネジャーに立会いをお願いしないため、担当ケアマネジャーの立会いを希望される場合は下記4に理由をご記入下さい。)</small></p> <p>3 調査員から担当ケアマネジャーへご本人様の日頃の状態等の聞取りを希望しますか。 <input type="checkbox"/> 希望する</p> <p>4 調査員に事前に知らせておきたいことがあればご記入ください。 <small>(※調査時ご本人様の前で伝えにくいこと、病名(がん末期、認知症等)、ケアマネジャー立会いの理由、ケアマネジャーから伝えたいことなど)</small></p> <p>この欄に書ききれない場合は別紙等に記入して申請書に添付してください。</p>		
<p>5-1 病院入院中・介護施設等入所中の方</p> <p>(1)現在、入っている病院・施設に ____年____月____日から 入院・入所 している。 病棟名〔 〕 病室番号〔 〕 介護療養型病床(介護保険利用)に入院中→<input type="checkbox"/> (2)現在の心身の状況について、(病名・ケガなどを)具体的に ご記入ください。 <small>(例) ○月○日、手術して入院中／転倒し、○○を骨折した 等</small></p> <p>病状は、<input type="checkbox"/>安定・<input type="checkbox"/>不安定 (集中治療室に入院中等)</p> <p>(3) 現在、入っている病院・施設から移る予定はありますか。 <input type="checkbox"/> 未定 ⇒ <input type="checkbox"/> 3週間以上は入院・入所している <input type="checkbox"/> 3週間以内に退院・退所になりそう <input type="checkbox"/> 退院・退所予定あり ____年____月____日頃に 退院・退所予定 <input type="checkbox"/> 転院・施設入所予定あり ____年____月____日頃に____病院へ ____施設へ</p>	<p>5-2 在宅の方</p> <p><u>申請書に記入した主治医</u>への受診状況</p> <p>(1) 最近の受診日 ____年____月____日 (2) 次回受診予定日 ____年____月____日</p> <p>※ 最近2ヶ月の間に受診をしていない場合は、お早めの受診にご協力をお願いします。</p> <p>6 家族等、居所を同じくされている方で、今回、同時に申請される方 氏名_____ (続柄 _____)</p> <p>7 ケアマネジャーを決めている方、または、介護サービスを利用されている方</p> <p>(1) 指定居宅介護支援事業所名 _____</p> <p>(2) 担当ケアマネジャー氏名 _____</p> <p>(3) 電話番号 _____ ( _____ ) _____</p>	
(備考) 受付者記入	受付者	

新宿区長 宛て  
次のとおり申請します。

申請者氏名	<b>新宿 花子</b>	申請年月日	令和 年 月 日
提出代行者名称 (代行の場合のみ記入)	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業者・地域密着型介護老人福祉施設・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設・介護医療院)	本人との関係	<b>本人、子、ケアマネジャー等</b>
申請者又は 提出代行者の住所	※〒 <b>△△△-△△△△</b> <b>新宿区〇〇町 △-△-△</b>	指定事業者コード	
※申請者が本人の場合、申請者住所・電話番号は記載不要		電話番号	※(03) <b>〇〇〇〇-△△△△</b>
変更申請の理由	① 状態悪化のため      2 状態軽減のため      3 その他( )		

- 申請者氏名  
ご本人が記入する場合は本人の氏名を記入し、本人との関係欄に本人と記入してください。委任を受けたご家族が申請する場合や申請の手続きの代行を依頼する場合には、代理で申請される方の氏名を記入してください。その場合は、本人との関係欄にご本人との関係を記入してください。
- 提出代行者名称（代行の場合のみ記入）  
申請の手続きを依頼された提出代行者（高齢者総合相談センター、居宅介護支援事業者など）は、提出代行者の名称を記入してください。
- 申請者または提出代行者の住所 ●電話番号  
申請者がご本人の場合は、記入の必要はありません。また、申請に関する質問をする場合がありますので、日中に連絡がつく電話番号を必ず記入してください。

被 保 険 者	被保険者番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9	個人番号	9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9 9		
	フリガナ	<b>シンジユク タロウ</b>		生年月日	<b>大正 11年 4月 1日</b>	
	氏名	<b>新宿 太郎</b>		性別	<b>男</b>	
	住所 (住民票)	〒 <b>160-8484</b> <b>新宿区 歌舞伎町1丁目 4番1号</b>		電話番号	<b>03-3209-1111</b>	
	現在いる所	〒 <b>△△△-△△△△</b> <b>〇〇市〇〇町 △-△-△</b>		電話番号	<b>〇〇〇〇-△△-xxxx</b>	
	現在の要介護認定の結果等	<b>要介護〇（要支援〇）</b>				
	有効期限	年 月 日から 年 月 日まで				
	現在の入院先・施設入所中 (短期入所を除く)	<input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	現在の入院先病院名 又は入所先施設名	<b>〇〇 病院</b>		
	所在地	〒 <b>△△△-△△△△</b> 電話番号 <b>〇〇〇〇-△△-xxxx</b> <b>〇〇市〇〇町 △-△-△</b>				
	医療保険	保険者名	<b>〇 〇 〇 〇 〇</b>		保険者番号	<b>1 1 1 1 1 1</b>
	被保険者証 記号	<b>2 2 - 3 3</b>	番号	<b>4 4 4 4</b>	枝番	<b>5 5</b>
主治医 (該当に○) <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無	主治医の氏名	<b>介護 一郎</b>				
	医療機関名	<b>〇〇 病院</b>		診療科名	<b>整形外科</b>	
	所在地	〒 <b>〇〇〇-〇〇〇〇</b> 電話番号 <b>〇〇〇〇-△△-xxxx</b> <b>〇〇市〇〇町 △-△-△</b>				
(1医療機関) (1名のみ)	介護保険事業において主治医意見書を作成した医師と連携を図るため、区が当該医師に介護認定審査会による判定結果・意見をお知らせします。お知らせすることに同意しない場合は、□にレをしてください。 <input type="checkbox"/> 同意しない					

- 変更申請の理由  
該当する箇所に○印をしてください。
- 個人番号（マイナンバー）  
個人番号を記入してください。記入がない場合は、区で住民基本台帳等から個人番号を確認し、申請書に記載させていただきますので、ご了承ください。なお、本人確認等をするための書類の送付または持参をお願いしています。詳細は、別紙「要介護認定・要支援認定申請の際の本人確認等について」をご確認ください。
- 住所（住民票の住所） ●電話番号  
必ず記入してください。誤った住所等が印刷されている場合は、二重線で消して訂正してください。
- 現在いる所 ●電話番号  
住民票の住所以外の場所にいる方は、必ず記入してください。
- 病院入院・施設入所の有無  
\* 『有』または『無』のどちらかに○印をしてください。  
\* 『有』に○印をした場合は、入院先の病院名または入所先の施設名・所在地・電話番号を記入してください。また、入院している方は認定調査員が病室に伺いますので、認定調査が可能か、病状が安定しているか等、必ず病院に確認してください。
- 医療保険の保険者名・番号、被保険者記号・番号・枝番  
国の制度改正により令和4年4月1日から医療保険情報の記入が必要になりました。ご加入の医療保険の被保険者証をご確認の上、記入し、医療保険被保険者証の写しもあわせてご提出ください。

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	<b>脳血管疾患（16特定疾病）</b>
-------	----------------------

- 主治医  
\*主治医（かかりつけの医師）のある方 → 『有』に○印をしてください。  
→ 主治医の氏名・医療機関名・診療科名・所在地・電話番号を記入してください。  
\*主治医（かかりつけの医師）のない方 → 『無』に○印をしてください。  
→ 新宿区介護保険課認定第一係（電話03-5273-3643）にご相談ください。  
(申請後、介護保険主治医意見書の記入を、この欄に記載されている主治医に区から依頼します。主治医に、介護保険の認定申請をした旨を伝えてください。)  
【注意】 病院や施設などに入院・入所中の方は、ご本人の現在の状況がわかる、その病院や施設の担当の医師を主治医とすることをおすすめします。  
\* 区が主治医に認定結果をお知らせすることに同意されない場合のみレをしてください。

本人の情報提供することへの同意欄	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・要支援認定に係る調査内容及び主治医意見書を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若しくは介護保険施設の関係人又は認定調査に従事した調査員に、区が情報提供することに同意します。	本人氏名	<b>新宿 太郎</b>
------------------	---	------	--------------

- 第2号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）のみ記入  
第2号被保険者に該当する方は特定疾病名を記入してください。
- 本人の情報を提供することへの同意欄  
内容をよくお読みのうえ、ご本人の情報を提供することに同意する場合は、本人氏名を記入してください。

お問合せ先  
新宿区福祉部介護保険課認定第一係  
電 話 03-5273-3643

## 要介護認定・要支援認定申請の際の本人確認等について

要介護認定・要支援認定申請にあたって個人番号の記載が必要になったことに伴い、「本人であることを確認するための書類」と「個人番号を確認するための書類」を確認させていただきます。

高齢者総合相談センターや区役所の窓口で申請される場合は、以下の書類をご持参ください。郵送で申請される場合は、以下の書類の写しを申請書とともにお送りください。

### 〈個人番号が分からない等の理由により記入ができない場合〉

個人番号が分からない等の理由により記入ができない場合でも申請書の提出をすることができます。

ただし、その他の書類(本人であることを確認するための書類等)によりご本人の確認をさせていただきます、区で住民基本台帳情報等から個人番号を申請書に記載させていただきます。ご了承ください。

なお、個人番号の記入ができない場合は、下記①の個人番号を確認するための書類の持参・写しの添付は不要です。

#### 本人による申請

- ①個人番号を確認するための書類
  - ・マイナンバーカード（個人番号カード）
- ②本人であることを確認するための書類
  - 写真表示のある書類はいずれか1点
    - ・マイナンバーカード（個人番号カード）
    - ・運転免許証
    - ・パスポート
    - ・在留カード
    - ・身体障害者手帳
    - ・精神障害者保健福祉手帳 など
  - 写真表示のない書類はいずれか2点
    - ・介護保険被保険者証
    - ・介護保険負担割合証
    - ・健康保険被保険者証
    - ・年金証書
    - ・基礎年金番号通知書または年金手帳 など

#### 本人以外(代理人)の方による申請

- ①被保険者の個人番号を確認するための書類
  - ・マイナンバーカード（個人番号カード）
- ②代理権を確認するための書類
  - 法定代理人の場合
    - ・登記事項証明書 など
  - 任意代理人の場合はいずれか1点
    - ・委任状の原本
    - ・被保険者の介護保険被保険者証
    - ・被保険者の介護保険負担割合証 など
- ③申請者（代理人）の本人であることを確認するための書類
  - 写真表示のある書類はいずれか1点
    - ・マイナンバーカード（個人番号カード）
    - ・運転免許証・パスポート・在留カード
    - ・身体障害者手帳・精神障害者保健福祉手帳
    - ・介護支援専門員証 など
  - 写真表示のない書類はいずれか2点
    - ・介護保険被保険者証・介護保険負担割合証
    - ・健康保険被保険者証・年金証書
    - ・基礎年金番号通知書または年金手帳 など

※郵送の場合には、原本を添付しないでください。同封いただいた写しは確認後速やかに処分させていただきます。