

介護保険 要介護(更新)認定 要支援(更新)認定申請書 変更申請書

(申請先) 新規 個人番号(マイナンバー)は未記入でも申請可能です。

1 月 8 日

該当するものに○を付けてください。

被保険者	被保険者番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1	3 4 5 6	
	個人番号	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1		
	医療保険	保険者名	40歳から64歳までの方は必ずこちらをご記入ください。	
	被保険者記号・番号	記号	枝番	
	フリガナ	ニイザ タロウ		
	氏名	新座 太郎		生年月日 明大昭 12年 1月 1日
	住所	〒 352 - 8623 新座市野火止1-1-1		電話番号 048(477)1111
	現在の要介護認定区分	要介護状態区分	要支援 1 2	要介護 1 2 3 4 5
	有効期間	令和8年2月1日から 令和8年1月31日まで		
	新規・変更の理由(新規・変更申請時に記入)	(変更申請時の場合) <input type="checkbox"/> 前回認定時より悪化 <input checked="" type="checkbox"/> 前回認定時より改善 <input type="checkbox"/> その他		
介護保険施設 医療機関等 (入院、入所 (短期入所を除く))	名称	該当に○ (介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・地域密着型介護老人福祉施設・介護保険施設以外の医療機関・その他施設)		
住所	介護保険施設又は医療機関等に入院、入所している場合は、こちらにもご記入ください。			
入院・入所	未定			
認定調査	調査場所	自宅・上記施設・上記病院(病棟階)・その他()		
	立会い希望	なし・あり	フリガナ	ニイザ ハナコ
	氏名	新座 花子		本人との関係 妻
	連絡先電話番号	① 048-477-1111	② 090-xxxx-△△	申請をされますと、市調査員等が訪問調査に伺います。日程調整の連絡がとれる番号等をご記入ください。
主治医	医療機関名	〇〇病院		前回受診日 令和7年12月1日
	医師氏名	片山 太郎		次回受診日 令和8年2月12日
	診療科目	整形外科		
	医療機関住所	〒 352 - 00xx 新座市野火止1-〇-△		電話番号 ()
提出代行者	被保険者との関係	1. 家族 本人との関係(子) 2. 居宅介護支援事業所 3. 地域包括支援センター 4. 介護老人福祉施設 5. 介護老人保健施設 6. 介護医療院 7. その他()		
	氏名・名称	新座 一郎		
	住所	〒 351 - 0011 朝霞市本町〇-〇-〇		

◆2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)の場合、以下の事項も必ずご記入ください。

特定疾病名	40歳から64歳までの方はこちらにもご記入ください。
-------	----------------------------

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ことは、要介護認定・要支援認定にかかる申請・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、新座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、新座市から地域包括支援センター(高齢者相談センター)、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。 同意しない場合は、右の□に✓を入れてください。 同意しない

(更新申請の場合のみ)認定更新期間から30日以内に更新の認定がされない場合でも、現在の認定の有効期間内に認定の結果が通知されるのであれば、認定延期通知の省略に同意します。 同意しない場合は、右の□に✓を入れてください。 同意しない

市処理欄	意見書	調査日時	申請入力	受付	收受印
		/ ()			

申請管理表(任意)

新座市では、被保険者と訪問調査の連絡を取るために必要な情報提供をお願いしております。

担当ケアマネジャー	〇〇			
現在利用しているサービス	サービス内容	事業所名	曜日	時間
	<input checked="" type="checkbox"/> ホームヘルプサービス	〇〇ヘルパーステーション	月・水 土	10:00 ~ 11:00 9:30 ~ 10:30 ~
	<input type="checkbox"/> デイサービス		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input checked="" type="checkbox"/> デイケア	△△クリニック	月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input type="checkbox"/> 訪問看護		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ	ショートステイ□□	申請月と翌月の利用予定日 〇/〇~〇/〇	
	<input type="checkbox"/> 他()		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
	<input type="checkbox"/> 他()		月・火・水・木・金・土・日	午前・午後
家族状況	<input type="checkbox"/> 家族と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者夫婦のみ <input type="checkbox"/> 一人暮らし 家族関係についての留意()			
調査の際に配慮すること	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 視力障害 その他 【例】 本人は何でもできると言うが、実際できない事も多い。 認知症との診断もあり、家族が立会うため、聞き取りしてください。 等			

以下は市記入欄

<被保険者証・資格者証>

1 預かり済・交付 2 預かり済・未交付 3 無し・未交付

<調査関連> 調査日や調査場所は申請書参考。変更ある場合は経過記入し、申請書にわかるように追記する

【備考】申請理由、入院中の経過、調査方法等の申し送り	調査日程調整の経過			
	〇月〇日	〇時〇分	相手先	電話内容