



つくばみらい市規則第17号

つくばみらい市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則を次のように定める。

令和4年3月31日

つくばみらい市長 田中 浩

つくばみらい市介護保険条例施行規則の一部を改正する規則

つくばみらい市介護保険条例施行規則（平成18年つくばみらい市規則第113号）の一部を次のように改正する。

様式第13号から様式第15号までを次のように改める。

附 則

この規則は、令和4年4月1日から施行する。

介護保険

要介護認定・要支援認定  
要介護更新認定・要支援更新認定

申請書

つくばみらい市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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									
		被保険者証					記号					番号					枝番				
	フリガナ										生年月日					年 月 日					
	氏名										性別										
	住所										〒 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										
											※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(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。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください) はい・いいえ 「はい」の場合、申請日 年 月 日										
過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所の 有無										介護保険施設の名前等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						
										介護保険施設の名前等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						
										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 日～ 年 月 日						
有・無										医療機関等の名称等・所在地					期間 年 月 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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)									
	住所										〒 電話番号									

主治医	主治医の氏名										医療機関名									
	所在地										〒 電話番号									

第二号被保険者(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、及び主治医意見書を、つくばみらい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若しくは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。

本人氏名

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

つくばみらい市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

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												
		被保険者証					記号					番号					枝番							
	フリガナ										生年月日					年 月 日								
	氏名										性別													
	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								
											有効期限 年 月 日 から 年 月 日													
	変更申請の 理由																							
	過去 6 月間の 介護保険施設、 医療機関等へ の入院、入所の 有無										介護保険施設の名前等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日			
介護保険施設の名前等・所在地											期間 年 月 日～ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地											期間 年 月 日～ 年 月 日													
医療機関等の名称等・所在地											期間 年 月 日～ 年 月 日													
有・無																								
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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)													
	住所										〒 電話番号													
主 治 医	主治医の氏名										医療機関名													
	所在地										〒 電話番号													

第二号被保険者(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、及び主治医意見書を、つくばみらい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若しくは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。

本人氏名

様式第 15 号(第 12 条関係)

介護保険 サービスの種類指定変更申請書

つくばみらい市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

被 保 険 者	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	年 月 日									
		氏名											性別										
		住所	〒										電話番号										
		現に受けている要介護・要支援	要介護状態区分 1 2 3 4 5					要支援状態区分 1 2					有効期間 年 月 日 から 年 月 日										
新たに指定を受けようとするサービスの種類又は現に受けているサービスの種類記載の削除を求める旨																							
種類指定変更理由																							

主治医	主治医の氏名											医療機関名										
	所在地	〒										電話番号										

第二号被保険者(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																				
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

附 則

この規則は、公布の日から施行し、改正後のつくばみらい市介護保険条例施行規則の規定は、令和4年4月1日から適用する。