

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更 申請書

(あて先) 合志市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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 記号・番号	記号										番号						枝番					
	フリガナ												生年月日		年 月 日									
	氏 名												性別		男 ・ 女									
	住 所		〒 ー										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											
													有効期間 平成・令和 年 月 日から令和 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。 (既に認定結果通知書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 令和 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		介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日											
介護保険施設の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														
医療機関の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日														
有 ・ 無		医療機関の名称等・所在地										期間 年 月 日～ 年 月 日												

申請者氏名											被保険者との関係											
申請者住所	〒 ー										電話番号											
提出代行者	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）																					

主治医	(フリガナ)											医療機関名											
	主治医の氏名																						
	所在地	〒 ー										電話番号											

第二号被保険者（40歳から64歳の医療保険加入者）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・要支援認定にかかる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、合志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

代筆者氏名

続柄（ ）

【本人の心身等の状況及び区分変更に関する事項】

介護認定調査がスムーズに出来ますよう、お手数ですがご記入（回答）ください。

申請区分		区 分 変 更	
本人についてお尋ねします	世帯状況等	☐ 同居家族有 ☐ ひとり暮らし ☐ 施設入所 ☐ 入院中	
	区分変更の理由	※原則として、介護保険の認定区分変更申請は、認定を受けている方の心身等の状態が大きく変わったことに伴うものでなければ認められませんので、状態の変化を詳しく記入してください。	
	ケアマネージャー等の意見		
	家族等の意見		
	その他 特記事項		
	病名及び症状等	(詳しく記入してください)	
	身体状態等 ※該当項目に ☒ チェックをしてください。	①物忘れ等 ☐無 ☐有：状況（ ②歩行状態 ☐自立 ☐杖 ☐歩行器 ☐車椅子 ☐その他（ ③食事摂取 ☐自立 ☐経管栄養 ☐その他（ ④排泄 ☐自立 ☐ポータブルトイレ ☐オムツ ☐その他（ その他 []	
現在利用中、又は今後利用したいサービス ※該当項目に ☒ チェックをしてください。	☐ホームヘルプサービス ☐デイサービス ☐通所リハビリ ☐ショートステイ ☐福祉用具レンタル・購入(品目： ☐住宅改修(内容： ☐施設入所(種類： その他 []		
かかりつけ医	定期的に受診を(していない ・ している・・・最終診察日 令和 年 月 日)		

【訪問調査に関する事項】

訪問調査先	(自宅 ・ 施設 ・ 病院 ・ その他) ※自宅以外の場合は、下記に施設名や病院の病棟名等を必ず記入してください。					
	〒 ー					
	施設(病棟)名：			電話番号		
駐車場の有無	(有 ・ 無) ※調査員がとめることができる駐車場の有無を記載してください					
ペットの有無	(飼っていない ・ 飼っている・・・ 屋内にいる ・ 屋外にいる)					
訪問調査時の同席者 (有 ・ 無)	同席者氏名				本人との関係	
	連絡先(電話番号)				日中(8:30～17:00) 連絡の取れる時間帯	
	携帯電話					
訪問調査日程 (ご都合の悪い日があれば×をつけてください。デイの日もご記入ください。)		月	火	水	木	金
	午前					
	午後					
認定結果の送付先 (現住所と異なる場合ご記入ください)	〒 ー					
その他						

同意書

個人番号（マイナンバー）の利用及び確認について同意します。

※個人番号が確認できる通知カード等を持参する場合は不要です。

被保険者氏名_____

代筆者氏名_____

市記入欄	被保険者証	資格者証	入力	番号確認	本人確認	代理権確認	代理人確認	受付者
	回収・未回収	発行・未発行	済・未	済・未	済・未	済・未	済・未	