

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

大田原市長 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										〒 電話番号										
	前回の要介護認定の結果等										要介護状態区分12345 要支援状態区分12 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										介護保険施設等の名称等・所在地					期間					
											〒					年 月 日 ~ 年 月 日					
有・無										介護保険施設等の名称等・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						
										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・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、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、大田原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、大田原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。

決 裁	課長	係長	係	入力	資格証	保険証
						有 無

本人氏名

（自 署）
代 筆

（ 続 柄 ）

調査時の参考にいたしますので、ご記入ください

① 訪問調査場所

被保険者氏名 _____

自宅（訪問調査実施場所が住民票住所と違う場合はその他に記入してください）

※認定調査員が訪問時に駐車する場所がありますか 有 無

病院 名称等： _____ 病院 _____ 棟 _____ 階 _____ 号室

施設等 名称等： _____ TEL： _____

その他 住所等： _____

② ご家族構成ならびに訪問調査時同席

1. 家族構成

同居家族なし

同居家族あり / 配偶者 子 子の配偶者 孫 その他 (_____)

2. 主な介護者 / 配偶者 子 子の配偶者 孫 その他 (_____)

3. 訪問調査時同席 ※自宅での調査の場合、ご家族等の同席をお願いします。

配偶者 子 子の配偶者 孫 その他 (_____) 入院時の同席希望

4. 訪問調査の日程調整の連絡先（日中連絡のつく電話番号を記入してください）

（ふりがな） _____

氏 名： _____ 続柄 (_____) 固定電話： _____

携帯電話： _____

5. 訪問調査（平日）にあたり、ご都合の悪い時間帯に★を記入してください。

特になし

連絡のとれる時間（平日8：30～16：30の間にお電話します。）

ある

特になし あり (_____ : _____ ~ _____ : _____)

※ 介護認定係23-8927から着信があります。
着信可能な状態にしてください。

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

※調査開始時刻は9:00から15:00（最終）です。また、調査時間は1時間程度です。

③ 心身機能の状況

運動機能等の低下がある

（症状等） _____

認知機能等の低下がある

（症状等） _____

④ 利用希望・現在利用中の介護保険サービス

- | | |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> デイサービス | <input type="checkbox"/> デイケア |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修 | <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル |
| <input type="checkbox"/> その他 [_____] | |

⑤ 過去6月間以内に入院歴のある方（退院済みの方は1のみ）

1. 入院理由：（疾患名等） _____

2. 退院予定： 予定なし 予定あり [_____]

3. 退院後予定： 在宅 転院 施設入所 その他 [_____]

⑥ 現在通院中の方

1. 通院理由：（治療疾患名） _____

2. 主治医への主治医意見書記載依頼： 済 未済（未済の方は主治医への連絡をお願いします。）

3. 医療機関から求められた場合、提出代行者等に係る情報提供をしてもよろしいですか。 同意します。

【変更申請の理由・第三者行為・その他】

※市記入欄

受付日		取扱者
確認事項	<input type="checkbox"/> 身元確認 <input type="checkbox"/> 番号確認	
<input type="checkbox"/> 番号職権記載		