

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																								
		被保険者証	記 号											番 号										枝 番													
	フリガナ												生年月日		年 月 日 () 歳																						
	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(要支援)状態区分										有効期間		年 月 日～ 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（○を付けてくだ さい）		有	入院・入所施設名										入院・入所の期間 年 月 日から 年 月 日まで 現在も入院中・入所中																								
			所 在 地																																		
			入院・入所施設名										入院・入所の期間 年 月 日から 年 月 日まで 現在も入院中・入所中																								
			所 在 地																																		
		無																																			

(提出代行者) 申請者	氏 名 (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・介護医療院) 個人の方はフリガナを記載してください 担当者名()
	住 所	〒 電話番号

主治医	氏名	診療科（科）	医療機関名	直近の受診日：月日
	所在地	〒電話番号		

※医療保険証のコピーが必要です。

特定疾病名	
-------	--

決 裁	課長	係長	係	入力	資格証	保険証
						有 無

(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（ ： ～ ： ）			
	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。					

※ 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。

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

☐ デイサービス	☐ デイケア
☐ 訪問介護	☐ 訪問リハビリ
☐ 住宅改修	☐ 福祉用具レンタル
☐ 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	☐ 身元確認 ☐ 番号確認	
☐ 番号職権記載		