

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

十日町市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|------------|-----------|--|--|----|--|-------|--|--|--------------------|------|------|--|--|------------------|----------------|--|--|--|--|
| 被 | 介護保険被保険者番号 | | | | | | | | | | 個人番号 | | | | | | | | | |
| | 保 | 医療保険 保険者名 | | | | | 保険者番号 | | | | | フリガナ | | | | | | | | |
| 被保険者証 記号 | | | | | 番号 | | | | | 枝番 | | | | | | | | | | |
| 者 | 氏名 | | | | | | | | | | 生年月日 | | | | | 明治・大正・昭和 年 月 日 | | | | |
| | 住所 | | | | | | | | | | 性別 | | | | | 男・女 | | | | |
| 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 | | | | | |
| 変更申請の理由 | | | | | | | | | | 有効期間 年 月 日から 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 <input type="checkbox"/> 有・ <input type="checkbox"/> 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・指定介護療養型医療施設) | | | | | | | | | |
| | 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、及び主治医意見書を、保険者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

| |
|------|
| 証回収 |
| 情報入力 |

| |
|--------|
| 滞納状況 |
| 確認日 |
| 1号 無 有 |
| 2号 無 有 |

| |
|------|
| 調査今回 |
| 前回 |

| |
|------|
| ケアマネ |
| 包括 |

| |
|---------------|
| 中東 西南 北 |
| 依頼日 |

| |
|-----|
| 入手日 |
|-----|

| |
|-------|
| 意見書 |
| 1回目 |
| 2回目以上 |
| 依頼先 |

| |
|-----|
| 依頼日 |
| 入手日 |

| |
|-----|
| 川中 |
| 代山 |
| 問診票 |

| |
|---|
| 返 |
|---|

介護保険認定申請書別表

行政区名： _____
世帯主名： _____

1. 受診状況

| | | | | |
|--------|---|----------|-----------------------|--|
| 受診頻度 | <input type="checkbox"/> 毎月1回 <input type="checkbox"/> 2か月に1回 <input type="checkbox"/> 3か月に1回 <input type="checkbox"/> 6か月に1回 | | | |
| 前回の受診日 | 平成 年 月 日 (頃) | 次回の受診予定日 | 令和 年 月 日 (頃) | |

2. 本人の居所

| | | | |
|-------------------------------------|---|------|--------|
| <input type="checkbox"/> 自宅 (住民登録地) | | | |
| 自 宅 以 外 | <input type="checkbox"/> 病院に入院 <input type="checkbox"/> 施設に入所 <input type="checkbox"/> 家族宅等 | | |
| | 病院・施設名/家族等氏名 | 電話番号 | () |
| | 所在地・住所 | 〒 | |

3. 訪問調査日程調整の連絡先 ※平日の日中に連絡がとれるところを記入して下さい。

| | | | |
|---|--|------------------------|--|
| 氏名 | 被保険者本人との続柄 () | | |
| 電話番号 | () | 自宅・勤務先・携帯番号・その他 () | |
| 連絡時間 | <input type="checkbox"/> 指定なし (日中) <input type="checkbox"/> 午前中希望 <input type="checkbox"/> お昼頃希望 <input type="checkbox"/> 午後希望 | | |
| 立会い希望 | <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 (調査日連絡 <input type="checkbox"/> 要 ・ <input type="checkbox"/> 否) | | |
| 立会う方 | <input type="checkbox"/> 家族 (氏名 続柄：) <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> その他 () | | |
| 連絡先・訪問調査時の注意点などがありましたら記入してください。 例) 難聴のため大きな声で調査してください。 本人に病名を告知していないため、病名を言わないよう気を付けてほしい。など | | | |

4. 本人の最近の状況

| |
|--|
| 前回認定後からの変化などを記入して下さい。 例) 疾病による入院で、筋力の低下が著しく、歩行が困難になった。等 |
|--|

5. 担当ケアマネージャー

| | | |
|------|--|------|
| 事業所名 | | 担当者名 |
|------|--|------|

6. 介護サービスの利用について

※現在利用しているサービスに✓をしてください。また利用日の記入もお願いします。

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 訪問介護 | 利用日 (月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> 訪問看護 | 利用日 (月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> デイサービス (通所介護) | 利用日 (月・火・水・木・金・土・日) |
| <input type="checkbox"/> ショートステイ (短期入所生活介護) | 利用(予定)日 (月日 ~ 月日、月日 ~ 月日) |
| <input type="checkbox"/> 住宅改修 | <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> レンタル (品目：) |
| <input type="checkbox"/> 施設入所 | <input type="checkbox"/> 介護保険外サービス (<input type="checkbox"/> おむつ券 <input type="checkbox"/> タクシー券 <input type="checkbox"/> 介護手当) |
| <input type="checkbox"/> 現在、介護サービスを利用していない | |