

記入例
(表面)

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更申請書

証回収
情報入力

十日町市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 〇 年 〇 月 〇 日

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0 0 0 0 5 5 5 5 5 5	個人番号	1	①個人番号欄 個人番号が不明の場合は、記入不要です。				
	医療保険 保険者名	新潟県後期高齢者医療広域連合		保険者番号		3915008	②医療保険欄 現在加入している医療保険を正しくご記入ください。		
	被保険者 記号・番号	記号	2	番号		12345678		枝番	
	氏名	十日町 花子		生年月日		明治・大正・昭和 〇年△月□日		性別	男(女)
保 険 者	住所	〒948-△〇〇〇 十日町市〇〇町〇番地		電話番号	025-757			③変更申請の理由について 前回認定時と比べて、身体等の 変化や心身の状況を具体的に ご記入ください。	
	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				
	変更申請の 理由	認知症の進行及び足の筋力低下も見られるため、介護サービスを増やしたい。							
	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			④介護保険施設・医療機関等の有無 ・過去6か月間の入院・入所の有無に○を 付けてください。 ・「有」の場合は期間等をご記入ください。			
有・無	介護保険施設の名称等・所在地	期間							
	医療機関等の名称等・所在地	期間	〇年〇月〇日～〇年〇月〇日						
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日						
提 出 代 行 者	氏名	十日町 太郎		電話番号	025-757		⑤提出代行者欄 ・申請書を提出した人を記入して ください。 ・ご本人が提出される場合は記入 不要です。		
	住所	〒948-△〇〇〇 十日町市〇〇町〇番地		電話番号	025-757				
	主治医の氏名	〇〇 〇〇 医師		医療機関名	県立△△				
	所在地	〒948-〇〇〇〇 十日町市□〇丁目△番地		電話番号					
特 定 疾 病 名	⑦特定疾病名欄(★特定疾病一覧 参照) 40歳以上65歳未満の方は必ずご記入ください。								
	⑧同意欄 被保険者本人の氏名をご記入ください。								

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

★特定疾病一覧

⑧ 本人氏名

十日町 花子

- 筋萎縮性側索硬化症 ●後縦靱帯骨化症 ●多系統委縮症 ●初老期における認知症 ●脊髄小脳変性症 ●脊柱管狭窄症
- 早老症 ●脳血管疾患 ●関節リウマチ ●閉塞性動脈硬化症 ●骨折を伴う骨粗鬆症 ●慢性閉塞性肺疾患
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ●進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 末期がん ●両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

1. 受診状況

受診頻度	☐ 毎月一回	☒ 2か月に1回	☐ 3か月に1回	☐ 6か月に1回
前回の受診日	令和〇年〇月〇日(填)	次回の受診予定日	令和〇年〇月〇日(填)	

1.受診状況欄

受診の頻度等をご記入ください。

2. 本人の居所

☒ 自宅(住民登録地)			
自宅以外	☐ 病院に入院 ☐ 施設に入所 ☐ 家族宅等		
	病院・施設名・家族氏名	電話番号	
	被保険者		
	土地・住所		

2.本人の居所欄

・当てはまる箇所をご記入ください。
・自宅以外の場合は、現在の居所等をご記入ください。

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	十日町 太郎	被保険者本人との続柄	(子)
電話番号	090-0000-△△△△	自宅・勤務先・携帯番号・その他	()
連絡時間	☒ 指定なし	☐ 午前中希望	☐ お昼頃希望 ☐ 午後希望
立会い希望	☒ 有	☐ 無(調査日連絡)	☐ 要 ☐ 否
立会う方	☒ 家族(氏名 同上 続柄: 子)	☐ 施設職員	☐ その他()

3.訪問調査日程調整の連絡先欄

・訪問日程調整の連絡先、立ち合いをするご家族等の連絡先をご記入ください。
・訪問調査時の注意点がございましたら、ご記入ください。

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) 本人に病名を伝えていないため、訪問調査時には病名を言わないよう気を付けてほしい。

- ・認知症の症状や問題行動について、本人のいないところで聞き取りをしてほしい。
- ・病名について、本人には伝えていないので、本人の前では病名を出さないでほしい。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ください。

例) 転倒を機に生活全般に支障が見られ、介助を必要とする。家庭内外の役割ができなく(しなく)なったなど。

- ・〇月に肺炎で入院し、入院が長引いたことから、足の筋力が低下した。
- ・認知症の症状が進行し、徘徊をするようになってきたので見守りが困難になってきた。など

4. 本人の最近の状況欄

日常生活における支障や身体的な変化などがありましたらご記入ください。

5. 担当ケアマネジャー

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	担当者名	〇〇 次郎
------	-------------	------	-------

5. 担当ケアマネジャー欄

わかる範囲でご記入ください。

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。

☐ 訪問介護	利用日(月・火・水・木・金・土・日)
☐ 訪問看護	利用日(月・火・水・木・金・土・日)
☐ デイサービス(通所介護)	利用日(月・火・水・木・金・土・日)
☒ ショートステイ(短期入所生活介護)	利用(予定)日(〇月〇日～〇月〇日、〇月〇日～〇月〇日)
☐ 住宅改修	☐ 福祉用具購入 ☒ レンタル(品目: 手すり)
☐ 施設入所	☐ 介護保険外サービス(☐ おむつ券 ☐ タクシー券 ☐ 介護手当)
☐ 現在、介護サービスを利用していない	

6. 介護サービスの利用欄

現在利用中のサービスやご希望のサービスがありましたらご記入ください。