

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

相生市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

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											
	氏名												性別											
	住所												電話番号											
	前回の要介護 認定の結果等		有効期限										から											
	変更申請の 理由																							
	過去6月間の 介護保険施設、 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		～									
			介護保険施設等の名称等・所在地										期間		～									
医療機関等の名称等・所在地										期間		～												
医療機関等の名称等・所在地										期間		～												

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、相生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、相生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。

本人氏名\_\_\_\_\_

1. 調査曜日・時間（ご都合の良いところ全てに○をつけて下さい。）

時間\曜日	月	火	水	木	金
9:30					
13:30					

市記入欄

調査日時		/ ( ) : ~	
調査場所	自宅		
	施設		
	病院	階	病棟
	居所		
駐車場所			

2. 調査同席者（番号に○をつけて下さい。）

1	なし	2	家族	3	担当 ケアマネ	4	その他 ( )
---	----	---	----	---	------------	---	------------

※体調など日によって状態の変化の大きい場合などは必ず同席願います。

3. 調査の連絡先（本人連絡先と異なる場合にご記入下さい。）

氏名		続柄	
住所		電話	

4. 認定をうける方について（番号に○をつけて下さい。）

歩行	1. できる 2. つかまれば可 3. できない	食事摂取	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	排泄行為	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助
着衣の脱着	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	買い物	1. できる 2. 一部介助 3. 全介助	認知症状	1. なし 2. あり 専門医受診 有・無
事業対象者の認定		1. あり 2. なし	事故等が原因による申請		1. はい 2. いいえ
今回の申請事由	1. 認知症 2. 転倒 3 整形疾患 4 脳血管疾患 5. その他の疾患 6. 加齢による ADL 低下				
申請前の状況	1. 通いの場等に参加（週に1回以上外出） 2. 通いの場等に不参加				

5. その他、調査時に気をつけて欲しいことなどありましたらご記入下さい。

--

6. 最後に主治医の診察をうけたのはいつ頃ですか、または次の受診予定はいつ頃ですか。

令和 年 月 日 頃受診	令和 年 月 日 受診予定	<input type="checkbox"/> 入院中
--------------	---------------	------------------------------

7. 現在利用しているサービス、今後利用したいサービスについて（番号に○をつけて下さい。）

1	訪問介護(ヘルパー)	2	訪問入浴	3	訪問看護	4	訪問リハビリ
5	居宅療養管理指導	6	通所介護(デイサービス)	7	通所リハ(デイケア)	8	福祉用具貸与・購入
9	短期入所(ショートステイ)	10	グループホーム	11	特定施設入所者生活介護	12	(看護)小規模多機能型居宅介護
13	住宅改修	14	介護老人福祉施設	15	介護老人保健施設	16	介護療養型医療施設

8. 認定結果の送付先（本人住所と異なる場合にご記入下さい。）

氏名		続柄	
住所		電話	