

介護保険

要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

小美玉市長 様

次のとおり申請します。

申請書記入例

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-----------------------|---|---|---|---|---------|----|---|---|----|------------|---|--|--|--|
| 介護保険 被保険者番号 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 個人番号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | 1 | 2 | | | |
| 医療保険 被保険者 | 後期高齢者の 場合の記入例→ 茨城県後期高齢者医療広域連合 | | | | | | | | | | 保険者番号 | 39082367 | | | | | | | | | | | | | | |
| フリガナ | タマリ タロウ | | | | | | | | | | 番号 | 01234567 | | | | | | 枝番 | | | | | | | | |
| 氏名 | 玉里 太郎 | | | | | | | | | | ※64歳以下の方は 健康保険証又は資格確認書の 写しのご協力をお願いします | | | | | | | | | | 大・ | 昭〇〇年〇〇月〇〇日 | | | | |
| 住所 | 〒311-3495 小美玉市上玉里1122 | | | | | | | | | | 電話番号 | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | | | | |
| 前回の要介護 認定の結果等 | ※要介護・要 支援更新認 定の場合の み記入 | | | | | | | | | | 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 | 退院後リハビリを継続し、状態が良くなったため。 ※具体的に理由をご記入下さい 肺に水が溜まり手術後、身体機能が低下し生活全般に介助が必要となったため。 認知症状の急激な進行により自宅での生活が困難になったため。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 特別養護老人ホーム△△△△ | | | | | | | | | | 期間 | 令和〇年〇〇月〇〇日～ | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | 介護保険施設の名称等・所在地 ※ショートステイは入所ではありません | | | | | | | | | | 期間 | 年 月 日～ | | | | | 年 | 月 | 日 | | | | | | | |
| | 医療機関等の名称等・所在地 〇〇〇〇病院 | | | | | | | | | | 期間 | 令和〇年〇〇月〇〇日～令和〇年〇〇月〇〇日 | | | | | | | | | | | | | | |
| 有・無 | 医療機関等の名称等・所在地 ※過去6カ月内の施設入所・医療機関等入院の有無、期間をご記入ください | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 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) 玉里 花代 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 提出代行者 住所 | 〒311-3495 小美玉市上玉里1122 | | | | | | | | | | ※電話番号を忘れずにご記入下さい 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---------------|-------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|---|--------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 主治医の氏名 | 美野里 太郎 | | | | | | | | | | 医療機関名 | 〇〇〇〇病院 | | | | | | | | | | |
| 主治医 所在地 | 〒319-0132 小美玉市部室1106 | | | | | | | | | | ※印字済のものから変更する場合は二重線で訂正してください 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇 | | | | | | | | | | | |

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 | 脳血管疾患 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------|-------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

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、小美玉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

玉里 太郎

【 認定調査について 】

| | | | | | |
|--------------------|---|---|---|---|--|
| 同席希望 | <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 【同席しない理由】 <input type="checkbox"/> 入院/入所 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他() 【調査後連絡希望】 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 日程希望 | <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし | ()曜日 午前・午後 ※認定調査は月～金曜の平日 9時30分～14時30分の間で 行います。 |
| 連絡先 | フリガナ | タマリ ハナヨ | | 被保険者 との続柄 | 子の妻 |
| | 氏名 | 玉里 花代 | | | |
| 住所 | 〒311-3436 小美玉市上玉里1122番地 | | ※電話番号を忘れずにご記入ください 電話番号 ○○○○○○○○○ (携帯電話) ○○○○○○○○○ | | |
| 事前に調査員に伝えておきたいことなど | | | | | |

| | | |
|------|--|---|
| 調査場所 | <input checked="" type="checkbox"/> 自宅 | <input type="checkbox"/> その他(※その他の場合は調査場所の住所や施設等の名称を記載してください) |
| | <input type="checkbox"/> 病院() | [病室:] |
| | <input type="checkbox"/> 施設() | |

※市から委託した事業所の調査員が連絡・訪問する場合があります。

| | | | | |
|--------|--------|--------|--------|-----------------|
| 直近の受診日 | 〇〇月〇〇日 | 次回の受診日 | 〇〇月〇〇日 | ※意見書記載医療機関への受診日 |
|--------|--------|--------|--------|-----------------|

※通常の受診とは別に意見書記載の為の受診が必要な場合があります。必ず主治医や医療機関にご確認ください。

【 調査対象者の状況について 】

| | |
|--------|---|
| 家庭状況 | <input checked="" type="checkbox"/> 同居 (配偶者 <input checked="" type="checkbox"/> その他(長男夫婦)・日中独居) <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院・入所中 |
| 治療中の病気 | <input checked="" type="checkbox"/> あり [認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病・ <input checked="" type="checkbox"/> 高血圧 その他()] <input type="checkbox"/> なし |

【 現在のサービス利用状況について 】

| | | |
|---------|---|---------------------|
| 訪問サービス | <input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日 | 事業所名() |
| 通所サービス | <input type="checkbox"/> 月・火・水・木・金・土・日 | 事業所名() |
| ショートステイ | <input checked="" type="checkbox"/> 約 〇〇 日/月 | 事業所名(○○○○○○○○○○○) |
| 小規模多機能 | <input type="checkbox"/> 通所・訪問・泊り | 事業所名() |
| 担当ケアマネ | <input checked="" type="checkbox"/> 担当者名(〇〇 〇〇) | 事業所名(○○○○○○○○○○○) |
| 福祉用具貸与 | <input checked="" type="checkbox"/> 貸与品数(1) | 貸与物品(○○○○○○○○○○○) |
| 福祉用具購入 | <input type="checkbox"/> 購入品数() | 購入物品() |
| 住宅改修 | <input type="checkbox"/> 施工箇所() | |

【 被保険者証等の送付先について 】 ※既に変更済の送付先を変更する場合も届出が必要となります

送付先を本人住所地以外へ変更する場合は、「介護保険関係書類送付先変更届」を記入していただく必要があります。(「介護保険関係書類送付先変更届」は介護福祉課、福祉事務所各支所窓口にあります。)
この届出で送付先が変更となるものは市が送付する介護保険に関する書類のみです。

申請書の提出先

- ・ 介護福祉課（玉里総合支所内）
 - ・ 福祉事務所美野里支所（市役所本庁舎内）
 - ・ 福祉事務所小川支所（小川総合支所内）
- ※担当ケアマネージャー、入所している施設でも申請書の提出を代行してくれます

【 認定調査について 】

| | |
|---------|-------------|
| 同席しない理由 | ()曜日 午前・午後 |
|---------|-------------|