

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 本庄市長

次のとおり申請します。

申請年月日

年

月

日

被 保 者	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		年 月 日
	氏 名		性 別		男 ・ 女
	住 所		〒		
			電話番号		
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2
			有効期間		年 月 日 から 年 月 日まで
	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 又は入所の有無		名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		名称等・所在地		期間 年 月 日 ~ 年 月 日	
		有・無		名称等・所在地	

申 請 者	氏名		本人との 関係	
	提出代行者名称	該当に○（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・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2号被保険者（40歳から64歳までの医療保険加入者）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・要支援認定に係る調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、本庄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、本庄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 _____

介護認定調査を円滑に進めるため、次の事項について記入のご協力をお願いいたします。

被保険者名 (介護保険を利用される方)									調査への 立会希望	あり ・ なし
	被保 険者 番号									

認定調査の場所

本人宅
 入院・入所している医療機関・施設
 名称 ()

その他 ()
 調査員が車を駐車できるスペースがありますか？
 住所 ()
 あり ・ なし

認定調査の連絡先

認定調査の調整や 立会いができる方 平日(月～金)の日中に 連絡が取れる電話番号を ご記入してください。	フリガナ		被保険者との関係		
	氏名		電話番号	自宅	— —
				携帯 FAX 等	— —

認定調査希望日時
 特になし
 あり
 月 ・ 火 ・ 水 ・ 木 ・ 金
 調査を希望する時間帯 AM ・ PM
 ※調査は原則 9:00～16:00 の間で開始させていただき、1 時間ほどお時間をいただきます。

立会者が上記と異なる場合	フリガナ		被保険者との 関係	
	氏名			

調査に際して連絡事項

新規申請
 介護申請
 変更申請 (悪化・改善)
 更新申請

主な病名 ()

耳の聞こえづらさ
 なし
 あり
 筆談が
 必要 ・ 不要

申請理由 該当するものを全て選択してください。

身体機能の (低下 ・ 改善)
 認知機能の (低下 ・ 改善)
 医師等から勧められた
 その他 ()

主治医意見書の作成について、医師に確認しましたか？

確認し、了承を得た (月 日頃)
 確認していない
 ※医師の了承を得ていないと、意見書を書いていただけない場合がございます。

利用したいサービス等がありますか？

家で使うサービス
 デイサービス等
 施設等への入所
 住宅改修
 福祉用具購入・レンタル
 暫定ケアプランを使用する (月 日から)
 その他 ()

調査員に伝えておきたいことはありますか？

癌末期である
 病名を本人に伝えていないので配慮してほしい
 認知症があるため別の場所で
 聞いてほしい
 筆談の用意が必要

★ 以下については記入不要です。

居宅介護支援事業所名又は地域包括支援センター名		
担当ケアマネジャー名		連絡先TEL