

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 令和5年4月1日

被保険者番号		0000123456			個人番号		123456789000			
医療 保 険	保険者名	※保険証の内容を転記してください。					保険者番号			
	被保険者証	記号			番号			枝番		
被 保 者	フリガナ	ホンジョウ タロウ			生年月日	昭和33年1月1日				
	氏名	本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)			性別	男・女				
	住所	〒367-8501 本庄市本庄3-5-3			電話番号	0495-25-1719				
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	前回認定時に比べ、認知症の症状が進行したため。 (身体・精神の状況にどのような変化があったか記入してください)									
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	〇〇病院 本庄市銀座1-1-1			期間	令和5年3月1日～令和5年4月15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				
	名称等・所在地				期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
有・無	有			申請時点で入院等 をしている施設が あれば記入してく ださい。						

申請者氏名	児玉 花子 (窓口にお越しいただく方)		本人との関係	子 (介護認定を受けたい方からみた続柄)	
提出代行者名称	該当に〇 (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・介護医療院) ご家族が申請される場合、記入は不要				
住所	〒367-0298 本庄市児玉町八幡山368 (窓口にお越しいただく方の住所) 電話番号 0495-25-1111				

主治医	主治医の氏名	埼玉 次郎 (フルネームで記入)		医療機関名	〇〇病院	
	所在地	〒367-0052 本庄市銀座1-1-1		電話番号 0495-25-1111		

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 ※40歳から64歳までの方は健康保険証を持参してください。

特定疾病名	脊柱管狭窄症 (16種類の特定疾病から該当するものを記入)	
-------	-------------------------------	--

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、介護認定調査会による判定結果・意見及び主治医意見書を、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 本庄 太郎 (介護認定を受けたい方)

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)	本庄 太郎										調査への 立会希望	あり	なし
	被保険者 番号	0	0	0	0	1	2	3	4	5			

記入例

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 <small>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。</small>	フリガナ		被保険者との関係		
	氏名	病院担当者	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 (脊髄管狭窄症、認知症)

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