

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

会津坂下町長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 年 月 日

|                  |                                                           |         |                               |  |  |  |  |  |  |     |       |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|------------------|-----------------------------------------------------------|---------|-------------------------------|--|--|--|--|--|--|-----|-------|--------------|----------------|--|--------------|--|--|----|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                                            |         |                               |  |  |  |  |  |  |     | 個人番号  |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 医療<br>保険                                                  | 保 険 者 名 |                               |  |  |  |  |  |  |     | 保険者番号 |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  |                                                           | 被保険者証   | 記号                            |  |  |  |  |  |  |     | 番号    |              |                |  |              |  |  | 枝番 |  |  |  |  |
|                  | フリガナ                                                      |         |                               |  |  |  |  |  |  |     | 生年月日  |              | 大正・昭和<br>年 月 日 |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 氏 名                                                       |         |                               |  |  |  |  |  |  |     |       |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 住 所                                                       |         | 〒<br>電話番号                     |  |  |  |  |  |  |     |       |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>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           |  |  |  |  |  |  |     |       |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 変更申請の<br>理由                                               |         |                               |  |  |  |  |  |  |     |       |              |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
|                  | 過去6月間の<br>介護保険施設・<br>医療機関等への<br>入院、入所の<br>有無<br><br>有 ・ 無 |         | 介護保険施設等の名称等・所在地               |  |  |  |  |  |  |     |       |              | 期 間            |  | 年 月 日～ 年 月 日 |  |  |    |  |  |  |  |
| 介護保険施設等の名称等・所在地  |                                                           |         |                               |  |  |  |  |  |  | 期 間 |       | 年 月 日～ 年 月 日 |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
| 医療機関等の名称等・所在地    |                                                           |         |                               |  |  |  |  |  |  | 期 間 |       | 年 月 日～ 年 月 日 |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |
| 医療機関等の名称等・所在地    |                                                           |         |                               |  |  |  |  |  |  | 期 間 |       | 年 月 日～ 年 月 日 |                |  |              |  |  |    |  |  |  |  |

|                       |     |                                                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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・指定介護療養型医療施設） |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                       | 住 所 | 〒<br>電話番号                                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|             |        |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------|--------|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| 主<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |           |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 所 在 地  | 〒<br>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、及び主治医意見書を保険者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

## 認定申請 受付メモ

新規 ・ 継続 ・ 区分変更

受付日: 令和

年

月

日

|                         |                |      |       |
|-------------------------|----------------|------|-------|
| 記入者・居宅名<br>(代理申請した方の氏名) |                | 続柄   |       |
| 申請者名<br>(認定調査を受ける方)     |                |      |       |
| 認定調査家族同席                | 可能      不可能    | (理由: |       |
| 電話番号                    | 繋がりが易い順に記入ください |      |       |
|                         | ①              | 氏名   | 続柄( ) |
|                         | ②              | 氏名   | 続柄( ) |
| 連絡希望時間                  | 具体的に記入ください     |      |       |
|                         | 曜日( )          | 時頃   | いつでも  |

現在の状況(具体的に記入ください)

|                |                                                                                          |                                                     |
|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 居住状況           | <input type="checkbox"/> 自宅                                                              |                                                     |
|                | <input type="checkbox"/> 入院                                                              | 病名・病状                                               |
|                | 病院名                                                                                      |                                                     |
|                |                                                                                          | 退院見込    有 (                  頃)                  なし |
|                | <input type="checkbox"/> その他                                                             |                                                     |
| 生活状況           | 家族構成                                                                                     |                                                     |
|                | 歩行の様子                                                                                    | 介護    有 ・    無                                      |
|                | 食事の様子                                                                                    | 介護    有 ・    無                                      |
|                | トイレの様子                                                                                   | 介護    有 ・    無                                      |
|                | 入浴の様子                                                                                    | 介護    有 ・    無                                      |
|                | 物忘れ                                                                                      | 有 ・    無                                            |
|                | 会話の様子                                                                                    | 可能 ・    不可能                                         |
| その他<br>希望サービス等 |                                                                                          | 結果送付先<br><br>宛名氏名( )                                |
| 確認事項           | 本人へ認定調査の件について話してもよろしいですか？                  はい      いいえ                                   |                                                     |
|                | 本人に日頃の生活状況を伺います。(調査は1時間程度)その際認知症の状況について本人の前でお話しをしてもよろしいですか？                  はい      いいえ |                                                     |

※ 具体的に記入ください。

※ 認定調査の日程は、後日連絡して調整いたします。

☐ 災害時要援護者登録☐ 保険料