

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

筑紫野市長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

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				明・大・昭 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				
			有効期限 平成・令和 年 月 日 から 令和 年 月 日									
	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、入所の有無		介護保険施設の名称等・所在地				期間 年 月 日 ~ 年 月 日					
		介護保険施設の名称等・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						
有 ・ 無		医療機関等の名称等・所在地				期間 年 月 日 ~ 年 月 日						

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、筑紫野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、筑紫野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

\_\_\_\_\_

# 介護保険 認定申請者情報書

被保険者 ( )

申請者情報	<input type="checkbox"/> 本人	※氏名:	本人との関係:
	<input type="checkbox"/> 本人以外※	住所:	TEL:
意見書依頼先 最終受診日	<input type="checkbox"/> 一か月以内 <input type="checkbox"/> 一か月以上前 次回受診予定 ( 月 日 )		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
訪問調査場所	<input type="checkbox"/> 本人自宅(住民票上の住所地)		
	室内にペットを飼っていますか <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 犬・猫・その他 )※ゲージなどの対策をお願いします		
	<input type="checkbox"/> 入所施設 ( ) <input type="checkbox"/> 入院先病院※ ( )		
	※入院に至った経緯 ( )		
	転院・退院予定先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ( ) 予定日( 月 日 頃 )		
駐車場の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 屋根有 <input type="checkbox"/> 屋根無 ) ※路上駐車は不可 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 有 ( 立会人氏名:    本人との関係:    ) <input type="checkbox"/> 無		
調査日程連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会人 <input type="checkbox"/> その他( 氏名:    本人との関係:    )		
	連絡先①TEL(    )    / 連絡先②TEL(    )		
	※上記の方に連絡が取れない場合 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 立会人 <input type="checkbox"/> その他( 氏名:    本人との関係:    )		
	連絡先①TEL(    )    / 連絡先②TEL(    )		
都合の悪い曜日・時間 (通院・デイケア利用等)	<input type="checkbox"/> 月 ( ~ ) <input type="checkbox"/> 火 ( ~ ) <input type="checkbox"/> 水 ( ~ )		
	<input type="checkbox"/> 木 ( ~ ) <input type="checkbox"/> 金 ( ~ ) <input type="checkbox"/> 特になし		
※原則平日9:00~15:00	特記事項(調査不可日等) [(例)2/5 通院など:    ]		
本人の心身状況	現在の主な疾患	<input type="checkbox"/> がん(部位: <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 終末期)	
		<input type="checkbox"/> 骨折(部位:    /時期:    )	
		<input type="checkbox"/> その他治療中の疾患(    )	
	耳が聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	認知症状	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 病院で診断あり <input type="checkbox"/> 診断は無いが、物忘れ等が気になる ) <input type="checkbox"/> 無	
	別室での聞き取り	調査前後に、家族等と別室での聞き取りを、( <input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない )	
	その他		
希望する介護サービス			
医療保険サービスの利用	<input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> リハビリ ) <input type="checkbox"/> 無		
調査時に配慮すること			

※保険者確認欄

月 日

【新規・更新・区分変更】

【転入継続】

保険証回収     資格者証交付     2号医療保険     転入日から14日以内     負担限度額     2号医療保険 ( 受付者 )