

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

次のとおり申請します。

① 申請年月日 令和 8年 4月 1日

被 保 険 者	② 介護保険 被保険者番号	1 2 3 4 5 6 7 8 0 0	個人番号	3 1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 0 0		
	④ 医 療 保 険	保険者名	後期高齢者医療広域連合		保険者番号	
		被保険者 記号・番号	記号	番号	枝番	
		フリガナ	チクシノ タロウ		生年月日	明・大・昭 1年 1月 1日
		氏名	筑紫野 太郎		性別	男 ・ 女
		住所	〒818-8686 筑紫野市石崎一丁目1番1号 電話番号 092-923-1111			
	⑤	⑤ 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 7年 3月 1日 から 令和 10年 4月 31日			
⑥	⑥ 変更申請の 理由	以前は一人で歩行できていたが、現在はふらつきが強くなり、外出時は付き添いが 必要となっている。物忘れが増え、服薬管理や金銭管理が難しくなっている。				
⑦	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	令和8年 2月 1日 ~ 令和8年 3月 1日		
		⑦ 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	

⑧ 主治医	主治医の氏名	筑紫 椿子	医療機関名	〇〇病院
	所在地	〒818-0000 〇〇市〇〇1丁目〇番地〇〇 電話番号 092-000-0000		

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

⑨ 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 ⑩ 筑紫野 太郎

記入例

- 申請日を記入してください。
郵送申請の場合は、市役所で受理した日が申請日となります。
- 介護保険被保険者証に記載されている被保険者番号を記入してください。
- マイナンバーカード等に記載されている個人番号を記入してください。
- 加入している医療保険情報を記入してください。
2号被保険者の方は必須です。1号被保険者の方は未記入でも構いません。
- 現在の要介護度および認定の有効期間を記入してください。
- 心身の変化状況や状態等を記入してください。
- 過去6か月～現在まで入院や施設入所がある場合は、病院名・施設名および入院・入所期間を記入してください。
- 要介護認定申請・更新申請の方のみ記入してください。
主治医の氏名は、フルネームでご記入ください。
※主治医意見書（診断書）作成は、筑紫野市から筑紫医師会を通じて医療機関へ依頼します。
意見書作成に係る費用は筑紫野市が負担していますが、記入された医療機関へ依頼を行うと費用が発生します。
記入先の医療機関で記載が可能であるか、事前にご確認のうえご記入ください。
また、受診から期間が空いていない場合でも、介護認定の申請後に改めて受診が必要となる場合があります。受診がない場合、認定結果が遅れる原因となりますので、医療機関にあわせてご確認をお願いします。
- 【40歳以上65歳未満の人のみ】
主治医に確認のうえ、該当する特定疾病名を記入してください。
- 被保険者の氏名を記入してください。
本人が署名を行えない場合は、代筆でも構いません。

介護保険 認定申請者情報書

被保険者 (筑紫野 太郎)

申請者情報	<input type="checkbox"/> 本人 1	※氏名: 筑紫野 花子	本人との関係: 長女
	<input checked="" type="checkbox"/> 本人以外※ 2	住所: ○○市○○1丁目○番地○○	TEL: 080-0000-0000
意見書依頼先 最終受診日	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族同居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
3 訪問調査場所	<input checked="" 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 checked="" 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) <input type="checkbox"/> その他 () 所在地()		
4 駐車場の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 屋根有 <input checked="" type="checkbox"/> 屋根無) ※路上駐車は不可 <input type="checkbox"/> 無		
4 立会の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (立会人氏名: 筑紫野 花子 本人との関係: 長女) <input type="checkbox"/> 無		
5 調査日程連絡先	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 立会人 <input type="checkbox"/> その他(氏名:) 本人との関係: ()		
	連絡先①TEL(080-0000-0000) / 連絡先②TEL(092-000-0000) ※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 checked="" type="checkbox"/> その他(氏名: 筑紫野 一郎 本人との関係: 長男)		
	連絡先①TEL(090-0000-0000) / 連絡先②TEL(092-000-0000)		
6 都合の悪い曜日・時間 (通院・デイケア利用等)	<input type="checkbox"/> 月 (~) <input checked="" 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:]		
7 本人の心身状況	<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)		
	現在の主な疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折(部位: 左大腿骨 / 時期: R8年2月頃)		
	<input checked="" type="checkbox"/> その他治療中の疾患 (糖尿病)		
	耳が聞こえにくい	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	
	認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 病院で診断あり <input checked="" type="checkbox"/> 診断おぼろげ、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 checked="" type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない)		
その他			
8 希望する介護サービス	デイサービス・住宅改修(手すり)		
9 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 checked="" type="checkbox"/> 無		
10 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】
<input type="checkbox"/> 保険証回収 <input type="checkbox"/> 資格者証交付 <input type="checkbox"/> 2号医療保険	<input type="checkbox"/> 転入日から14日以内 <input type="checkbox"/> 負担限度額 <input type="checkbox"/> 2号医療保険 (受付者)

□欄は✓チェックまたは、■黒ぬりでご記入ください。

- 申請者が本人以外の場合は、ご記入ください。
提出代行者は、氏名、本人との関係のみのご記入で構いません。
- 表面主治医欄に記入した医療機関について、
最終受診が1か月以上空いている場合は、次回の受診予定日を記入してください。
- 訪問調査場所が入院先の場合、入院に至った経緯を記入してください。
また、転院・退院予定日が決まっている場合は予定日を記入してください。
※転院予定がある場合や、入院直後など状態が安定していない時期に調査を行うと、退院後の生活状況と認定結果に差が生じる場合がありますので、転院先や状態が落ち着いた時期での調査をご検討ください。
※退院予定日が未定である場合は、原則として退院の見込みが立ってから申請をお願いします。
- 立会いの方を記入してください。
本人に日頃の様子などを正確に聞き取ることが難しい場合は、必ず立会いをお願いします。
- 調査員が、調査日の日程調整のためお電話をします。
連絡先を、可能な限り2名記入してください。
※電話がつながりにくい場合、認定結果の遅れにつながります。
- 都合の悪い曜日・時間帯が決まっている場合は記入してください。
例1) 毎週月曜日の午前中が通院 → 月 (8:00~12:00)
例2) 毎週火曜日は一日予定がある → 火 (: ~ :)
※終日の場合、時間の記載は不要です。
- 本人の心身状況について記入してください。
本人の前で話しづらい内容がある場合は、別室等で聞き取りを行います。
希望する場合は「希望する」に、希望しない場合は「希望しない」にチェックをしてください。
- 現在利用しているサービスや、今後利用を希望するサービスを記入してください。
※将来に備えるためだけの申請はできません。
介護認定は、介護サービスの利用を前提とした制度です。介護サービスの利用が必要な状況になってから申請してください。
- 医療保険で訪問看護・リハビリを利用している場合は、「有」に、利用していない場合は「無」にチェックをしてください。
要件を満たさない場合は、介護保険が優先となります。医療機関に確認をお願いします。
- 未告知の病気がある場合など、調査時に配慮が必要なことがあれば記入してください。