

介護保険 要介護認定区分変更申請書

八街市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日

令和

年

月

日

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						
		被保険者証		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		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					
介護保険施設の名称等・所在地					期間								
有 ・ 無		医療機関の名称等・所在地					期間						
		医療機関の名称等・所在地					期間						

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・指定介護療養型医療施設、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、八街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、八街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

事務 処理欄	受付者	予診票	被保険者証回収	資格者証発行	保険料	申請入力	意見書依頼	(更新)延期通知	調査員
		有・無	済・未・紛失届出済	有・無			新 継 /		

★ 訪問調査及び主治医意見書依頼する上で参考としますのでご記入ください。

調査の場所	<input type="checkbox"/> 自宅(表面被保険者「住所」と同じ)	名称: _____
	<input type="checkbox"/> 施設・病院内(表面入院・入所中の施設・病院 病棟 階 号室 退院予定日 年 月 日・未定)	住所: _____ 電話番号: _____
	<input type="checkbox"/> その他 ※その他を選択した場合は、右欄の記入をお願いします。	
駐車スペース	<input type="checkbox"/> 敷地内あり <input type="checkbox"/> 敷地内なし ※駐車できる場所を記入→	
調査時の同席者	<input type="checkbox"/> 同席者なし フリガナ <input type="checkbox"/> 同席者あり → 氏名 続柄 ※日中連絡可能な電話番号 ()	
日程調整の連絡先	(上記「調査時の同席者」と同じ場合、この欄は、記入不要です。) 氏名 続柄 ※日中連絡可能な電話番号 ()	

◎ 認定結果通知を被保険者の住所以外に郵送を希望する場合は記入してください。

宛先	氏名	電 話
	住 所	続柄()
	郵送先変更理由 1. 独居で受取困難なため 2. 入院中・施設入所中のため 3. その他()	

◎ 現在、利用しているサービスに○をつけ、事業所名・利用曜日・時間帯等を記入してください。

在宅サービス(事業所名・利用曜日・時間帯等)	地域密着型サービス	施設サービス	
・訪問介護(ホームヘルプ) () () ・訪問入浴介護 () () ・訪問看護 () () ・住宅改修 あり・なし 改修箇所: () ・福祉用具貸与・購入 品目: () ・居宅療養管理指導 () ()	・通所介護(デイサービス) ※地域密着型通所介護を含む () () ・通所リハビリテーション () () ・訪問リハビリテーション () () ・短期入所生活介護 () () ・短期入所療養介護 () () ・特定施設入居者生活介護 () ()	・認知症対応型共同生活介護 (グループホーム) () () ・認知症対応型通所介護 () () ・小規模多機能型居宅介護 () () ・地域密着型介護老人福祉施設 入所者生活介護 () () ・地域密着型特定施設入居者 施設入所者生活介護 () () ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護 () ()	・介護老人福祉施設 () () ・介護老人保健施設 () () ・介護療養型医療施設 () () ・介護医療院 () () ・医療機関 (医療保険適用療養病床) () () ・医療機関(療養病床外) () ()

◎ 表面に記入した主治医への受診状況を記入してください。(いずれかに○をつけてください。)

・入院中である。	・定期的を受診している。 (回 / 月 ・ 週)
・受診したことがなく、今回の申請で初めて受診す。○直近の受診日又は受診予定日を記入してください。 (年 月 日)	

◎ 家族状況、使いたいサービス、申請理由、その他介護認定に必要と思われる事項をご記入ください。(入院理由・調査時に配慮すべき本人の心身の状況・暫定サービス利用の有無等)

家族状況→ 本人のみ・夫婦のみ・その他	使いたいサービス:
申請理由:	

◎ 提出者※ご本人及び表面「提出代行者」以外の方が提出される場合ご記入ください。

氏名	電話番号 ()
住所	(続柄)