

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

網走市長 様

※裏面の記載もお願いいたします。

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------------------|----------------|------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|----|----|-------|---|-------|---|-------|---|---|------|--|--|--|--|
| 被 保 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 | ()歳 | | | | |
| | 氏名 | | | | | | | | | | | | | | 性別 | | 男 ・ 女 | | | | | | | |
| | 住 所 | | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | 電話番号 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 前回要介護 認定の結果等 | | 要 介 護 1 2 3 4 5 / 要 支 援 1 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | *要介護・要支援更新 認定の場合のみ記入 | | 有効期間 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 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 | | | | | | | | |
| 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 | 〒 | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | 受診予定日 月 日頃 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、網走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

※市(保険者)記入欄

| 受付者 | 保険証 | 資格者証 | 期限 | 支払区分 | 金額 | 依頼日 |
|-----|-----|------|--------|----------------|-------|-------|
| | 未・済 | 未・済 | 医 調 | 新・継 在・施 在・施 | ----- | ----- |
| 入力日 | 滞納 | 調査機関 | | | | |
| | 有・無 | | | | | |

【 訪問調査アンケート 】

※該当する項目の口の中にレ点を入れてください

| | | |
|-------------|----------|----|
| 認定を受けようとする人 | フリガナ | 続柄 |
| | 書類を記入した人 | |

1. 訪問調査は「ご本人」と「本人の状況を詳しくご存じの方」に、一緒に面談していただくようお願いしています。調査に同席ができる方は、記入してください。

同席する方の氏名（フリガナ）、認定を受けようとする方との関係

フリガナ
（同席者名） _____ （本人との関係： _____ ）

調査には同席しない。

2. 調査日時の調整のため事前にご連絡を差し上げますので、下記にご記入ください。
（ **9時～16時の間で、確実につながる連絡先・時間をお願いします。** ）

氏名(名称)： _____ 電話番号： _____ 時間： _____ 時～ _____ 時頃

3. 通院・通所サービス・ショートステイ等の利用で都合の悪い曜日はありますか？
（※訪問調査は平日の日中に行います。）

都合の悪い曜日（ 月・火・水・木・金 ）

ショートステイ利用（ 月 日～ 月 日まで）

4. 訪問する先はどちらですか？

自宅 *駐車場は ある ・ ない

*室内ペット いぬ ・ ねこ ・ その他（ _____ ）

病院（ _____ 病院 階 _____ 号室）

・状態は安定 ・退院予定（未定 / 月 日退院見込） ・転院（ 月 日 病院）

その他(名称: _____ 場所: _____)

5. ご本人の現在の様子

・ご本人の家族構成は（ 独居 夫婦世帯 同居の家族がいる）

・体の様子（ 歩行可 杖使用・つたい歩き 車椅子 寝たきり）

・身の回りのこと（ 自分で可能 見守り必要 介助が必要）

・物忘れ（ ある 少しある なし）

・受け答え（ できる できない）

6. **区分変更の場合に記入してください。**（別紙添付でもかまいません。）

以前と比べて、本人の心身状況にどのような変化がありますか？

◀ 介護サービスについて ▶ **※初めて申請する方は記入してください。**

・介護認定申請されることに本人は同意されていますか？

はい・ いいえ（理由： _____ ）

・どのようなサービスの利用をご希望ですか？

訪問介護（ヘルパー） ・ デイサービス ・ デイケア ・ ショートステイ等

訪問看護 ・ 福祉用具を使いたい ・ 住宅を改修したい ・ 施設入所を検討したい

***事前に調査員に対し、知っておいてもらいたいことがありましたらご記入ください。**