

介護保険 要介護認定・要支援認定 区分変更 申請書

常陸太田市長 殿 次のとおり申請します。 申請年月日 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 記号・番号	記号						番号						枝番													
	フリガナ												生年月日		年		月		日									
	氏名												性別		男		・		女									
	住所		〒 ー 常陸太田市										電話番号		ー													
	前回の要介護 状態区分等		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		年		月		日		から		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 有・無		介護保険施設の名称等										期間		年		月		日		～		年		月		日	
			介護保険施設の名称等										期間		年		月		日		～		年		月		日	
		医療機関等の名称等										期間		年		月		日		～		年		月		日		
		医療機関等の名称等										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	〒 ー										電話番号		ー								

主 治 医	主治医の氏名											医療機関名											
	所在地	〒 ー										電話番号		ー									

第2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、常陸太田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、常陸太田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も含む。)ことに同意します。

本人氏名

<認定調査に伴う連絡票>

被保険者氏名

1. 現在の日常生活の状況についてうかがいます。(該当する項目にチェックして下さい。)

- ・歩行は、できる ( ) できない ( )
- ・食事は、食べている 食べていない ( ) 水分のみ ( )
- ・視力・聴力について ほとんど見えない ほとんど聞こえず筆談が必要
- ・認知症状等がありますか? ある(下記に症状の詳細を記入して下さい。) ない

※ 世帯構成、申請に至った経緯(病歴、現況、状態の変化)等がありましたら記入して下さい。

世帯構成(独居・夫婦2人・親族と同居・敷地内同居)  
ご家族の中に介護認定を受けている方はいますか? : いる ・ いない

2. 訪問調査を行う場所はどこですか?(該当するものを○印で囲んで下さい。)

- ① 自宅(申請書と同じ) ② 施設 ③ 病院 ④ その他(自宅以外等)

※ ①以外の方は下記を記入して下さい。(退院退所予定: 未定 あり( 月 日頃))

※調査場所が②・③の方: 家族の立会い希望 有り 無し  
(無しの方は緊急連絡先を【6.その他】の欄に記載してください。)

調査場所住所 \_\_\_\_\_ TEL \_\_\_\_\_

施設名又は世帯主名 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 階 \_\_\_\_\_ 号室

※調査場所に変更がある場合は市にご連絡ください。

3. 調査に立ち会ってくださる方の連絡先と連絡希望時間、調査希望曜日についてうかがいます。

※立会いは、日頃の本人の様子ができる方をお願いしています。

フリガナ 同居 ① 別居 ②  
立会者: 氏名 \_\_\_\_\_ 自宅・携帯 \_\_\_\_\_ 自宅・携帯 \_\_\_\_\_

住所 ( 市外にお住まいのご家族の方のみ記入してください ) \_\_\_\_\_

続柄: ①家族 ( ) ②施設職員 ③ケアマネジャー ④その他 ( )

連絡時間帯 調査時間帯 9時30分~14時30分 (12時~13時を除く)	調査曜日 (不在時に ×を記入)	月	火	水	木	金	指定 なし ( )	備考: 希望日時等	
		午前							
		午後							

4. 更新の方: サービスを利用していますか?

サービスの内容・回数は ( )  利用なし

5. 新規・区分変更の方: サービス利用を予定していますか。(複数可)

- ①訪問系サービス ②通所系サービス ③施設等への入所 ④福祉用具購入・レンタル  
⑤住宅改修 ⑥先行利用予定がある(サービスの内容: )

6. その他: 立会いに関すること等

※ 判定の結果、「非該当」となったときは、地域包括支援センターから地域支援事業(介護予防事業)等の説明に伺います。 【受 付 \_\_\_\_\_】 入力処理