

## 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

留 萌 市 長 様

次のとおり申請します。

|                            |                                |                                                                                     |       |
|----------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 窓<br>口<br>に<br>来<br>た<br>人 | <input type="checkbox"/> 本 人   | 申請年月日                                                                               | 年 月 日 |
|                            | <input type="checkbox"/> 代 理 人 | 代理人の氏名<br>住所<br>電話番号 ー                                                              |       |
|                            | <input type="checkbox"/> 提出代行  | 該当に○印（地域包括支援センター・指定居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・指定介護老人保健施設・指定介護療養型医療施設）<br>印<br>〒<br>電話番号 ー |       |

※申請者が被保険者本人の場合は、申請者住所・電話番号は記載不要

|                  |                                         |                   |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                |             |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|------------------|-----------------------------------------|-------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|----|----------------|-------------|---|---|---|---|---|--|--|--|--|--|----|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                          |                   |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 個人番号           |             |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  | 医<br>療<br>保<br>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                                     |                   | 〒077ー              |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 電話番号           |             | ー |   |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  | 現在の要介護<br>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 間            |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 年 月 日 から 年 月 日 |             |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  | 変更申請の理由                                 |                   |                    |  |  |  |  |  |  |  |  |    |                |             |   |   |   |   |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  | 過去6月間の介護<br>保険施設・医療機<br>関等入院（入所）<br>の有無 |                   | 介護保険施設の<br>名称等・所在地 |  |  |  |  |  |  |  |  |    | 期間             |             | 年 |   | 月 |   | 日 |  |  |  |  |  |    |  |
|                  |                                         |                   |                    |  |  |  |  |  |  |  |  | ～  |                | 年           |   | 月 |   | 日 |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  |                                         | 医療機関等の<br>名称等・所在地 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |                | 年           |   | 月 |   | 日 |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  |                                         |                   |                    |  |  |  |  |  |  |  |  | ～  |                | 年           |   | 月 |   | 日 |   |  |  |  |  |  |    |  |
| 有 ・ 無            |                                         | 医療機関等の<br>名称等・所在地 |                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 期間 |                | 年           |   | 月 |   | 日 |   |  |  |  |  |  |    |  |
|                  |                                         |                   |                    |  |  |  |  |  |  |  |  | ～  |                | 年           |   | 月 |   | 日 |   |  |  |  |  |  |    |  |

|     |        |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |       |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----|--------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 主治医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |
|     | 所 在 地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号  |  | ー |  |  |  |  |  |  |  |  |

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 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成するために必要があるときは、要介護認定・要支援認定に係る調査内容、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、留萌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。

また、老人保健法による医療受給資格がある場合、医療受給状況及び医療受給者証の受給番号について、市介護保険担当係が調査することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

## 申請受付用相談票（新規・更新・変更）

介護保険被保険者証（未回収・回収済み・再交付申請書記入）

（申請日 年 月 日）

|       |                 |                 |
|-------|-----------------|-----------------|
|       | 被 保 険 者         | 提出代行者           |
| 氏 名   |                 | （被保険者との関係）      |
| 連 絡 先 | 住所 〒<br>電話（ ） — | 住所 〒<br>電話（ ） — |

## 1. 結果通知先

本人宛（在宅、入院、入所先）連絡先は上の欄に記入

家族宛（宛先氏名 \_\_\_\_\_（続柄 \_\_\_\_\_）

住所 〒 \_\_\_\_\_

TEL \_\_\_\_\_

2. 申請理由（身体、生活状況等、希望サービス） ☐ 身障手帳（ 種 級）

## 3. 認定調査について

①本人の居場所：自宅、自宅以外（ \_\_\_\_\_ ）退院予定（ \_\_\_\_\_ ）

②日程調整者： \_\_\_\_\_ TEL： \_\_\_\_\_

③都合がつかない（透析、デイサービス等）曜日に○をつけてください【 月・火・水・木・金 】

④その他（調査希望日時等） \_\_\_\_\_

4. その他 相談事項 ☐ 着替え等が必要（失禁による尿臭、ゴミが散らかっている等不衛生な状況）

----- 以下、留萌市記入欄 -----

①前回調査員： \_\_\_\_\_ 前回 Dr： \_\_\_\_\_

②同時調査希望者： \_\_\_\_\_

..... ≡ 切り取り線 .....

③介護保険料納付状況：未納なし、未納あり、不納欠損