

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

茨城県つくばみらい市長 様

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													
	氏名												性別													
	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 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		介護保険施設等の名称等・所在地										期間		年 月 日～ 年 月 日											
		介護保険施設等の名称等・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		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	〒 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、介護認定調査会による判定結果・意見、主治医意見書、つくばみらい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、つくばみらい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

# 要介護認定調査確認票

訪問調査員がご連絡する際に参考資料とさせていただきますので、ご記入お願い致します。(□には✓をご記入ください)

申請者 (記入者)	氏名 (フリガナ)	続柄	電話番号
	住所	例) 妻・長男・次男嫁	自宅： — — 携帯： — — 連絡が取れる時間帯：いつでも可 時頃/ 時以降

調査日程の連絡先	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> 病院・施設・CM <input type="checkbox"/> その他 氏名( ) 続柄： ( ) 連絡先： — — 連絡の取れる時間帯：いつでも可 / 時頃 / 時以降
調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 ( 病院 / 階 病棟 ) <input type="checkbox"/> 施設 ( / 連絡先： — — ) <input type="checkbox"/> その他 ( / 連絡先： — — )
希望日時	<input type="checkbox"/> 希望無し <input type="checkbox"/> 希望有り：( 曜日)を( <input type="checkbox"/> 除く <input type="checkbox"/> 希望する) / 時間：( <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 ) ※ 調査は原則、平日の10:00～、14:00～になります。
調査立会い	<input type="checkbox"/> 無し ( 病院・施設・ケアマネに一任 ) <input type="checkbox"/> 有り ( <input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> ケアマネ <input type="checkbox"/> その他 氏名： ( ) 続柄： ( )
調査時留意点	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 本人に「介護認定調査」ということは伏せてほしい <input type="checkbox"/> 本人とは別で聞き取りをしてほしい <input type="checkbox"/> 本人に告知していない病名がある(病名： ( ) ) <input type="checkbox"/> その他、調査員に考慮してほしいこと ( )

申請理由	* 申請に至った理由や気になることをご記入ください。(お困りのこと、状態の変化、入院中の方は入院に至った経緯等) また、第三者行為(交通事故等)が起因する申請の場合必ずご記入ください。
希望サービス	

主治医への受診	・直近の受診状況 年 月 日頃 受診 ・次回の受診予定 年 月 日頃 受診予定 ※ 入院・入所中の方は、ご記入は不要です。 受診をしばらくしていない、主治医がいない場合は予めご相談ください。
---------	--

入院中の方	退院予定日： 年 月 日 ➡ 退院後の予定： <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定 ※ 退院もしくは施設入所に向けて、状態が安定してからの調査になります。 原則として入院・転院・手術(予定)して間もない場合、すぐに調査にお伺いすることは致しません。 またすでに、転院・転所予定がある場合は予めお伝えください。
-------	--

サービス利用状況	<input type="checkbox"/> デイサービス(利用曜日： ( ) ) <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> その他( ( ) )
担当ケアマネ	<input type="checkbox"/> いない・わからない <input type="checkbox"/> いる (事業所名： ( ) 担当者名： ( ) CM)

## ※市介護福祉課記入欄

調査日程の予約	済 ( 年 月 日 ( ) 時 分～) / 未 (後日担当者より連絡予定)
	調査担当： ( ) 保険者証回収： <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済
	調査日連絡： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( CM ・ 申請者 ・ その他： ( ) )
	包括連携： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり