

記入例

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

熱海市長 あて
次のとおり申請します。

区分変更申請（要支援⇔要支援）・（要介護⇔要介護）の場合は、
こちらを使用してください。

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	2 0 5 ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	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	アタミ タロウ			
	氏名	熱海 太郎		生年月日	昭和○○年 ×月 △日
				性別	男
	住所	〒●●●●-●●●● □□県□□市△△町×-×-×		電話番号	●●●●-●●●●-●●●●
	前回の要介護 認定の結果等	要介護	1	②	3 4 5
		要支援	1	2	
	有効期限		R●年 ○月 ■日 から R○年 ■月 △日 まで		
変更申請の 理由	① 心身の状態の変化 2 その他 () ※詳細については裏面に記入してください。				
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 ~			
	介護保険施設等の名称等・所在地	期間 ~			
	医療機関等の名称等・所在地 ■●●病院 □□県□□市●●町××番地	期間 R●年×月●日~R●年■月▲日			
	① 有 ・ 無	医療機関等の名称等・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、 <u>居宅介護支援事業者</u> 、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	〒●●●●-○●●●● □□県□□市△△町×-×-×

ご家族、医療機関等は提出代行者ではありません。

電話番号 ●●●-●●●●●-●●●●●

主 治 医	主治医の氏名	□□ □□医師	主治医の氏名はフルネームで記入 してください。	■●●病院
	所在地	〒●●●●-●●●● □□県□□市●●町××番地	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	64歳以下の方は必ず特定疾病名を記入し、 医療保険の資格を確認できるものを必ず明示又は添付してください。
-------	---

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、熱海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、熱海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総合事業を行う者、主治事業として介護情報基盤経田で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

署名は本人又は家族の代筆のみ。代筆の場合は代筆者名と続柄を記入してください。
事業者、ケアマネジャー等が代筆をすることはできません。

本人氏名 熱海 太郎（代筆：熱海 次郎（長男））

1. 訪問調査場所 <input type="checkbox"/> 自宅 (住民票上の住所) <input checked="" type="checkbox"/> 自宅以外 居所・所在地: <u>●●県○○市●●町△-△</u> 施設名・病院名: <u>○○○○ ●●●●号室</u> ・入院中の場合 (必ず記入してください) 病室: <u> </u> 館 <u> </u> 階 <u> </u> 号室						
2. 申請をする理由 (当てはまるものすべてに✓をつけてください。) <input checked="" type="checkbox"/> 病気やケガで心身の状態が悪化した。(理由: <u>転倒による骨折のため</u>) <input type="checkbox"/> 介護サービスの利用等により状態が改善した。 <input type="checkbox"/> 交通事故、他者からの暴力による病気やケガ <input type="checkbox"/> その他 ()						
3. 利用している・利用したい介護サービス (当てはまるものすべてに✓をつけてください。) <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具購入・貸与、住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 (中) <input type="checkbox"/> その他 ()						
4. 日程調整の連絡先						
フリガナ 調整者氏名	アタミ ジロウ 熱海 次郎		申請者との 関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 (別居含む。) (続柄 <u>長男</u>) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
日中の連絡先	○○○-○○○-○○○		連絡が取りやすい時間帯	午前○○時 ~ 午後●●時		
調査希望日 (9時~16時)	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input checked="" type="checkbox"/> いつでもよい
	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	<input type="checkbox"/> AM <input type="checkbox"/> PM	
調査員が利用できる駐車場の有無 ※有の場合、路上駐車は不可 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし			※「なし」の場合に記入してください。 調査場所から徒歩圏内に民間等有料駐車場の有無: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
5. 調査への立会の可否 (申請者の日常生活の状況を把握している方の立会いをお願いします。) <input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない (できない場合は、ご家族等の承諾があったものとみなし、申請者からのみ聞き取ります。) ※「できる」場合に記入してください。 <input type="checkbox"/> 調整者と同じ <input checked="" type="checkbox"/> 調整者以外 (下記に立会者を記入してください。)						
フリガナ 立会者氏名 (調整者以外)	アタミ ハナコ 熱海 花子		申請者との 関係	<input checked="" type="checkbox"/> 家族 (別居含む。) (続柄 <u>子の妻</u>) <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 施設職員 <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター職員 <input type="checkbox"/> その他 ()		
6. その他調査時に留意すべき事項 ・聞こえの悪さ: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で <input type="checkbox"/> 筆談) ・認知症状: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ・世帯状況: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者 (夫婦) 世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 子等その他家族と同居 ・がん末期: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (本人告知: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり) ・入退院予定: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (令和 年 月 日 入院・退院) 施設名 () ・ペットの飼育: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (種類: <u>小型犬</u>) ・その他留意事項 (<u>室内にてペットを放し飼いにしています。</u>)						
7. 主治医への最終診察日及び次回通院予定日 ・最終診察日 令和 ●● 年 ●● 月 ●● 日 ・次回通院予定日 令和 ●● 年 ○○ 月 ○○ 日						
8. 認定結果の送付先						
住所	〒●●●-●●●● ●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●● ●●●●●●●●●●					
フリガナ 宛名	アタミ ジロウ 熱海 次郎 (申請者との関係: <u>長男</u>)					
認定結果通知書等を上記送付先に送付することに同意します。本人氏名 (熱海 太郎 (代筆: 熱海 次郎 (長男)))						