

介護保険 要介護認定・要支援区分変更申請書

つくば市長 宛て  
次のとおり申請します。

被 保 険 者	被保険者番号																	申請年月日	年	月	日	
	個人番号																		生年月日	年	月	日
	フリガナ																性別	男 ・ 女				
	氏名																	世帯主				
	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 経過的要介護 要支援状態区分 1 2																				
		有効期間															年	月	日から	年	月	日まで
	変更申請の理由																					
現在の状況	該当に○(1 在宅 2 介護保険施設入所中 3 医療機関入院中 4 その他の施設入所中)																					
入院・入所中の場合(短期入所を除く。)	名称	該当に○(介護老人福祉施設・介護老人福祉施設・介護療養型医療施設・医療機関・その他の施設)																				
	所在地																電話番号					

申請者氏名											本人との関係															
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・指定介護療養型医療施設)																									
申請者又は提出代行者住所	*被保険者と同居の場合は記入不要 〒																				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2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入

医療保険者名																				
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、つくば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

# 申請に当たってのお願い

申請を受けてから、御本人の状態を確認するため調査員が訪問調査に伺います。この際、御家族の方にもお聞きしたいことがありますので、御同席をお願いします。

なお、訪問日時を調整させていただくための連絡及び調査は原則的に平日（月～金）の日中となります。

### 同席する方の連絡先

※同席する方が未定の場合には、調査日の調整ができる方の連絡先を御記入ください。

氏名	フリガナ	本人との関係
電話番号	1	自宅・携帯・勤務先 ( ) -
	2	自宅・携帯・勤務先 ( ) -
	3	自宅・携帯・勤務先 ( ) -
その他、注意してほしいこと		
・連絡時		
・調査時		
・調査場所（入院中以外で、自宅住所と調査場所が異なる場合は、御記入ください。）		

### 本人の状況

該当するところにチェック、又は御記入してください。

- 家族有り                       独居                      ※本人との意思伝達に際して筆記、通訳等が必要な場合は、 その他に御記入ください。  
 身体に障害がある               認知症がある               その他 ( )

### ★医療機関に入院中の方

原則として認定申請の受付は致しません。ただし例外として以下に該当する方のみ入院中でも受付を致します。

退院日が確定し、かつ、殆以後すぐに介護サービスを利用する予定のある方  
 病状が安定しており、退院後施設への入所を希望している方

入院日	平成	年	月	日
退院予定日	平成	年	月	日
退院後の予定	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 未定（理由： )			

### サービスについて

現在受けているサービスの種類・事業所名及び利用している曜日を記入してください。

サービスの種類	事業所名	利用曜日（○をつける）
<input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプサービス）		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問入浴介護		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問介護		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス）		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション（デイケア）		月・火・水・木・金・土・日
<input type="checkbox"/> 短期入所（ショートステイ）		月 日～ 月 日 月・火・水・木・金・土・日/週
<input type="checkbox"/> その他 ( )		

### 第三者行為（交通事故等）

該当する方のみ、以下の項目について記入してください。

事故発生日	平成 年 月 日
示談の有無	(有・無)
	↓ 示談日：平成 年 月 日