

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

つくば市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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				明・大・昭 年 月 日								
	氏 名				性 別				男 ・ 女								
	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 平成・令和 年 月 日から令和 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				介護保険施設の名称等・所在地								期間 年 月 日～ 年 月 日				
介護保険施設の名称等・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 (代筆者)

要介護認定申請確認票

窓口担当者: _____

本人氏名: _____

① 認定調査の日程調整に関する連絡先

調査に立ち会う方	フリガナ		被保険者との関係	
	氏名			
調査日程の連絡先	1	()	—	自宅・携帯・勤務先
	2	()	—	自宅・携帯・勤務先
	3	()	—	自宅・携帯・勤務先
メールアドレス				
調査場所	自宅 ・ 自宅以外()			
調査員の駐車場所	無 ・ 有(場所:)			
調査希望日 (希望の曜日全てに○をつける)	月・火・水・木・金 ※原則平日の午前中に伺います。 その他備考:()			
特に注意してほしいこと (当てはまるものに✓)	<input type="checkbox"/> 別室で立ち合い者に聞き取りをしてほしい(認知症状・精神症状など) <input type="checkbox"/> 本人へ未告知の病名がある(病名:) <input type="checkbox"/> 「介護認定調査」ではなく「健康調査」などの名目で来てほしい <input type="checkbox"/> 本人へは筆談等が必要 <input type="checkbox"/> その他()			

② 本人について

本人の状態	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 認知症がある <input type="checkbox"/> 障害がある(手帳有・手帳無し)			
現在治療中の病気	病名:	状態:		
入院中の方	入院日	年	月	日
	退院予定日	年	月	日 →退院後の予定 <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未定

③ サービス利用状況

サービスの種類(在宅のみ)	事業所名	利用曜日
<input type="checkbox"/> 訪問介護(ホームヘルプ)		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"/> 訪問看護		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
<input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具貸与・その他()		

④ 第三者行為(交通事故等)

事故発生日	年	月	日	示談(有・無)	年	月	日
-------	---	---	---	---------	---	---	---

⑤ 注意事項

- ★医療機関に入院中の方の認定申請の受付は、原則としていたしません。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いたします。
 - ・退院日が確定し、かつ、退院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
- ★更新申請の場合は、市から委託した事業所の調査員が連絡・訪問する場合がございます。