

# 介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

那賀町長 様

申請年月日 令和 年 月 日

次のとおり申請します。

|                  |   |                |                             |    |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |       |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|------------------|---|----------------|-----------------------------|----|--|--|--|--|--|--|--|-----------------|-----------------|-------|-------------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|
| 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                                       |                | 〒                           |    |  |  |  |  |  |  |  |                 | 電話番号            |       |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                  | 前回の要介護<br>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     |       |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                  |   |                | 有効期間 平成・令和 年 月 日から 令和 年 月 日 |    |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |       |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                  | 変更申請の<br>理由                               |                |                             |    |  |  |  |  |  |  |  |                 |                 |       |             |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |
|                  | 過去6月間の<br>介護保険施設<br>医療機関等<br>入院、入所の<br>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<br>出<br>代<br>行<br>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<br>治<br>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歳までの医療保険加入者）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、那賀町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、那賀町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も含む。）ことに同意します。

本人氏名

被保険者氏名： \_\_\_\_\_

該当するものに○を付け、具体的な状況についてご記入下さい。

|              |  |   |               |       |
|--------------|--|---|---------------|-------|
| 現在の生活の状況について | <input type="checkbox"/> 在宅                          | 一人暮らし   | 夫婦のみ          | 家族と同居 |
|              | <input type="checkbox"/> 入院・入所                       | →表面に施設名期間で記入ください  |               |       |
| 訪問調査について     | 訪問先  | (住所地以外で調査希望の場合は記入ください。)<br>〒 _____<br><留意点>   |               |       |
|              | 同席者  | 氏名  | 続柄            |       |
|              | 日中連絡先  | 電話  | ( 自宅・携帯・勤務先 ) |       |
|              | 連絡可能時間   | <input checked="" type="checkbox"/> 日中いつでもよい<br><input checked="" type="checkbox"/> 指定： ( _____ 時～ _____ 時のあいだ) |               |       |
|              | ※調査に同席者がいない場合、ご家族等本人の状況について詳しい方に聞き取りをさせていただく場合があります。 |   |               |       |
|              |  |   | 氏名            | 続柄電話  |
| 連絡事項 (現況等)   |  |   |               |       |

現在利用しているサービスに○をつけ、事業所名等をご記入下さい。

| サービス名              | 事業所名           | 月             | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 |
|--------------------|----------------|---------------|---|---|---|---|---|---|
| 訪問介護 (ホームヘルプ)      |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 訪問リハビリテーション        |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 訪問看護               |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 訪問入浴               |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 通所介護 (デイサービス)      |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 通所リハビリテーション (デイケア) |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 短期入所 (ショートステイ)     |                | 月に _____ 日間利用 |   |   |   |   |   |   |
| 施設サービス             |                | /             |   |   |   |   |   |   |
| グループホーム            |                |               |   |   |   |   |   |   |
| 住宅改修               | 改修箇所 ( _____ ) |               |   |   |   |   |   |   |
| 福祉用具貸与・購入          | 用品名 ( _____ )  |               |   |   |   |   |   |   |
| その他                |                |               |   |   |   |   |   |   |

認定結果通知先について送付先変更 する ・ しない (変更しない場合は住所地へ送付)

|     |   |              |
|-----|---|--------------|
| 通知先 | 宛名<br>(氏名・施設名)  | 被保険者と<br>の関係 |
|     | 住所  | 〒 _____      |
| 理由  | <input type="checkbox"/> 施設入所・入院等により不在 <input type="checkbox"/> 郵便物の管理が困難<br><input type="checkbox"/> その他 ( _____ ) |              |