

介護保険

要介護認定・要支援認定区分変更

申請書

小美玉市長 様

次のとおり申請します。

申請書記入例

申請年月日

令和〇〇年〇〇月〇〇日

介護保険 被保険者番号	0	1	0	0	0	1	2	3	4	5	個人番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	2
医療保険	後期高齢の場合 茨城県後期高齢者医療広域連合										保険者番号	39082367											
フリガナ	タマリ タロウ										番号	01234567						枝番					
氏名	玉里 太郎										日	明・大・ 昭 〇〇年〇〇月〇〇日											
住所	〒311-3495 小美玉市上玉里1122										別	男・女											
前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入										要介護状態区分	1 ② 3 4 5					要支援状態区分	1 2					
変更申請の理由	肺に水が溜まり手術後、身体機能が低下し生活全般に介助が必要となったため。 認知症状の急激な進行により自宅での生活が困難になったため。																						
過去6月間の介護保険施設、医療機関等への入院、入所の有無	介護保険施設の名称等・所在地 特別養護老人ホーム△△△△										期間	令和3年4月21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 〇〇〇〇病院										期間	令和3年1月15日～令和3年3月8日											
	医療機関等の名称等・所在地 有・無										※過去6カ月の施設入所・医療機関等入院の有無、期間を忘れずにご記入ください												

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・介護医療院) 玉里 花代																					
	住所	〒311-3495 小美玉市上玉里1122 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇																					

主治医	主治医の氏名	美野里 太郎										医療機関名	〇〇〇〇病院										
	所在地	〒319-0132 ※前回申請時の病院・主治医が変更になった方は訂正してください 小美玉市部室1106 電話番号 〇〇〇〇〇〇〇〇																					

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、介護認定審査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を、小美玉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

玉里 太郎

【 認定調査について 】

調査同席希望	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	【同席しない理由】 入院/入所・身寄りなし その他()	調査希望日時	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	()曜日 午前・午後 ※認定調査は月～金曜平日 9時30分～14時30分の間 で行います。
調査連絡先	フリガナ	タマリ ハナヨ	被保険者 との続柄	子の妻	平日9時～15時の間に日程調整のご連絡を致します。 日中ご連絡のとれる電話番号の記入をお願い致します。
	氏名	玉里 花代			
	住所	〒311-3436 小美玉市上玉里1122番地			
事前に調査員に伝えておきたいことなど			同席しない時の 調査後の報告連絡	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	

調査実施場所※	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 病院()	[病室:]
	<input type="checkbox"/> 施設()	

※遠方の場合は市から委託した事業所の調査員が連絡・訪問する場合があります。

次回病院受診日	〇〇月〇〇日	最近病院を受診した日	〇〇月〇〇日	※「主治医」の受診日
---------	--------	------------	--------	------------

【 調査対象者の状況について 】

排泄行為	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助が必要 <input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 紙パンツ使用
家庭状況	<input checked="" type="checkbox"/> 同居〔配偶者・その他(長男夫婦)〕 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 入院・入所中
治療中の病気	<input type="checkbox"/> あり〔認知症・心臓病・脳梗塞・脳出血・がん・糖尿病・高血圧・その他()〕 <input checked="" type="checkbox"/> なし

【 現在のサービス利用状況(又は利用予定)について 】

訪問サービス	<input type="checkbox"/> あり 月・火・水・木・金・土・日 事業所名() <input checked="" type="checkbox"/> なし
通所サービス	<input type="checkbox"/> あり 月・火・水・木・金・土・日 事業所名() <input checked="" type="checkbox"/> なし
ショートステイ	<input checked="" type="checkbox"/> あり 約 〇〇 日/月 事業所名(○○○○○○○○○) <input type="checkbox"/> なし
担当ケアマネ	<input checked="" type="checkbox"/> あり 担当者名(○○○○○) 事業所名(○○○○○○○○○) <input type="checkbox"/> なし
福祉用具貸与	<input checked="" type="checkbox"/> あり 貸与品数(1) <input type="checkbox"/> なし
住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
福祉用具購入	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし

【 被保険者証等の送付先について 】 ※既に変更済の送付先を変更する場合も届出が必要となります。

送付先を本人住所地以外へ変更する場合は、「介護保険関係書類送付先変更届」を記入していただく必要があります。(「介護保険関係書類送付先変更届」は介護福祉課、福祉事務所各支所窓口にあります。) また、送付先を変更すると介護保険に係る全ての書類等を変更先に送付することになります。

申請書の提出先

- ・ 介護福祉課（玉里総合支所内）
 - ・ 福祉事務所美野里支所（市役所本庁舎内）
 - ・ 福祉事務所小川支所（小川総合支所内）
- ※担当ケアマネージャー、入所している施設でも申請書の提出を代行してくれます