

【記入例】

表

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

長浜市長 あて

次のとおり申請します。

申請年月日 R5年 8月 1日

被保険者番号	0 6 0 0 9 9 9 9 9 9	個人番号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2	
医療保険	保険者名	長浜市	保険者番号	252031
	被保険者証	記号 滋長	番号	12345678 枝番
フリガナ	ナガハマ タロウ		生年月日	明・大・昭 20年1月1日 (78歳)
氏名	長浜 太郎		性別	<input checked="" type="radio"/> 男・女
住所	〒526-8501 長浜市八幡東町632番地 電話番号 (0749) 65 - 8252			
前回要介護認定の結果等	要介護状態区分	1 <input checked="" type="radio"/> 3 4 5	要支援状態区分	1 2
	有効期間	R5年4月1日 から R6年3月31日 まで		
変更申請の理由	畑仕事中に転倒・骨折し、自立度が低下したため。			
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 〇〇病院	期間	R5年7月1日～ R5年7月14日	
	医療機関等の名称等・所在地	期間	年 月 日～ 年 月 日	

医療保険者名、記号番号をご記入ください。

区分変更の申請を行う理由を具体的に記入ください。

6か月以内に介護保険施設（特別養護老人ホーム・介護老人保健施設等）に入所または医療機関に入院した期間があればご記入ください。

事業所等が代行申請される場合は、名称と住所をご記入ください。

申請者の現在の状況を一番ご存知の主治医を1名と医療機関をご記入ください。

64歳以下の方については、特定疾病名をご記入ください。

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）
	住所	〒 電話番号 () -

主治医	主治医の氏名	〇〇 〇〇	医療機関名	〇〇病院
	住所	〒 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	
-------	--

ご家族様が申請される場合は、こちらにご記入ください。

【記入例】

裏

認定申請された方への確認事項（※太枠内のみ全てご記入ください。）

認定調査について事前にご連絡させていただく場合がございますので、ご家族様の連絡先をご記入ください。また、調査時の立会、介護者のみの聞取り希望の有無を☑してください。

現在利用されている介護サービスがある場合、担当ケアマネジャー様の事業所名、担当者名をご記入いただき、該当するサービスに☑をつけてください。

現在、被保険者の方が主に生活されている所をご記入ください。又、病院・施設等に入院（所）中の方は、病院等の名称、入院（所）日等もご記入ください。

ご希望される調査場所に☑をつけてください。なお、その他に☑された場合は、住所（場所）をご記入ください。

個人情報に関する内容をご確認いただき、同意していただける場合はご署名ください。代筆された場合は、代筆者のご署名をお願いします。

窓口に来た人	氏名			被保険者との関係	
	住所			連絡先	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居（配偶者・子・子の配偶者・父・母・孫・その他）				
訪問日調整の連絡先	氏名	ふりがな			被保険者との関係
	電話番号	()		-	
	調査立会	<input type="checkbox"/> 希望する（立会者)		<input type="checkbox"/> 希望しない	
	介護者のみの聞取り	<input type="checkbox"/> 希望する		<input type="checkbox"/> 希望しない	
現在受けているサービス	ケアマネジャー	事業所名			担当者名
	サービスの内容	<input type="checkbox"/> ディサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ヘルパー <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 未利用			
現在生活されている所	在宅	<input type="checkbox"/> 住民票のある住所 <input type="checkbox"/> 住民票と異なる住所		住所	
	入院中	<input type="checkbox"/> 入院中 入院先（ 病院 病棟 号室） 入院日（ 年 月 日） 病名（) 退院予定 <input type="checkbox"/> あり（ 年 月 日頃） <input type="checkbox"/> 未定			
施設入所中	施設入所中	<input type="checkbox"/> 施設入所中 施設名（) 入所日（ 年 月 日） 退所予定 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
		希望される調査場所			

・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、長浜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、長浜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。

・地域包括支援センターの事業を実施するために必要があるときは、被保険者の氏名、住所、生年月日、性別、連絡先及び認定結果情報等を、長浜市から地域包括支援センターに情報提供することに同意します。

本人氏名 _____ （本人氏名を代筆した場合）代筆者氏名 _____

ここからは記入していただく必要はありません。

省略