

【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 R 5 年 8 月 1 日

被 保 険 者	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・ <u>昭</u> 20 年 1 月 1 日 (78 歳)												
	氏 名	長浜 太郎										性 別		<u>男</u> ・ 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 <u>2</u> 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。

6 4 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																								
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

裏

ご家族様が申請される場合は、こちらにご記入ください。

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、代筆者のご署名もお願いします。

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	☐ 独居 ☐ 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	☐ 希望する（立会者 ） ☐ 希望しない		
	介護者のみの 聞取り	☐ 希望する ☐ 希望しない		
	ケアマネジャー	事業所名		担当者名
現在受けているサービス	サービスの内容	☐ ディサービス ☐ デイケア ☐ ヘルパー ☐ ショートステイ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問入浴 ☐ 福祉用具 ☐ 住宅改修 ☐ 未利用		
現在生活されている所	在宅	☐ 住民票のある住所 ☐ 住民票と異なる住所 住　　所 _____ 氏　　名 _____ 被保険者との続柄 _____ 電話番号 （ ） - _____		
	入院中	☐ 入院中 入院先（ 病院 病棟 号室 ） 入院日（ 年 月 日） 病名（ ） 退院予定 ☐ あり（ 年 月 日頃） ☐ 未定		
	施設入所中	☐ 施設入所中 施設名（ ） 入所日（ 年 月 日） 退所予定 ☐ あり □なし		
	希望される調査場所	☐ 住民票のある住所 ☐ 入院中の病院 ☐ 入所中の施設 ☐ その他（住所又は、場所_____）		

・居宅サービス計画の作成等、介護保険事業の実施のために必要がある時は、要介護（要支援）認定申請等に係る調査内容、介護認定審査会の判定結果・意見及び主治医意見書を、長浜市から居宅介護（介護予防）支援事業者、居宅（介護予防）サービス事業者、地域密着型（介護予防）サービス事業者、第1号事業者、介護保険施設、主治医意見書を作成した医師又は認定調査に従事した調査員に情報提供することに同意します。

・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、最速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