

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

阪南市長 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 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											
	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・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											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、阪南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、阪南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 _____

被保険者番号		TEL	
フリガナ			
被保険者氏名			
住所	(独居・同居者あり)		

1. 訪問調査の日時について 希望無 希望がある場合下記へ記入

<input type="checkbox"/> 希望の曜日がある	月 火 水 木 金
<input type="checkbox"/> 希望の時間がある	①午前9時半 ②10時半～11時ごろ ③午後1時半 ④2時半～3時ごろ
<input type="checkbox"/> 急を要する	具体的内容 ()

※急を要するとは、末期がん等で容態が良くない方のことを言います

2. 訪問調査の実施場所について 上記住所の場合 上記住所以外は下記へ記入

<input type="checkbox"/> 上記住所以外	住所:	TEL:
<input type="checkbox"/> 施設・病院	名称:	病棟: 病室:
		TEL:
(特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウス・その他)		

3. 訪問調査時の家族等の立ち合いについて 同席無 同席有り下記へ記入

<input type="checkbox"/> 家族 氏名:	(続柄:)
住所:	TEL:
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名:	
事業所名:	TEL:
<input type="checkbox"/> 施設職員・市職員・その他 ()	
氏名:	TEL:

4. 1か月以内に主治医の診察を受けたかについて 受診有 受診無し下記へ記入

<input type="checkbox"/> いいえ ⇒	いつ診察を受けましたか、または受ける予定ですか?	年 月 日
--------------------------------	--------------------------	-------

5. 介護保険資格者証の受領について

介護保険資格者証を受領しました。 日付: / サイン: _____

6. 調査員に伝えておきたいこと

--

《市 記入欄》

被保険者証	【有・無・届】	資格者証	【済・有】	保険料確認	【有・無】
要介護からの区分変更のみ			受付者:		
(要介護・要支援)			有効期限 年 月 日～ 年 月 日		
認定調査	日時	月 日 () 午前9時半・10時半～11時・午後1時半・2時半～3時・()			
		注: 訪問時間(早くなっても可・時間厳守)			
	調査員 ()	移動手段 (27・40・ア)			
	調査日決定連絡	記入例) 4/1、13:15、不在、連絡担当者			
①	②	③	④	⑤	

《申請書記入例》

被保険者番号	000000000	TEL	072-489-4525
フリガナ	ハンナン タロウ		
被保険者氏名	阪南 太郎		
住所	阪南市尾崎町35-1 (独居・同居者あり)		

●申請年月日
・記入した日付けを記入してください。

●介護保険被保険者番号
・ご自身の介護保険被保険者番号を記入してください。

1. 訪問調査の日時について 希望無 希望がある場合下記へ記入

<input type="checkbox"/> 希望の曜日がある	月 火 水 木 金
<input type="checkbox"/> 希望の時間がある	①午前9時半 ②10時半～11時ごろ ③午後1時半 ④2時半～3時ごろ
<input type="checkbox"/> 急を要する	具体的内容 ()

●訪問調査（認定調査）の日時について
・日時の希望が無ければ枠外の口（☑）を記入してください。
・日時の希望があれば該当する口（☑）をし、曜日時間に○をしてください。

※急を要するとは、末期がん等で容態が良くない方のことを言います

2. 訪問調査の実施場所について 上記住所の場合 上記住所以外は下記へ記入

<input type="checkbox"/> 上記住所以外	住所： TEL：
<input type="checkbox"/> 施設・病院	名称： 病棟： 病室： TEL： (特別介護老人ホーム・老人保健施設・グループホーム・有料老人ホーム・ケアハウス・その他)

●訪問調査（認定調査）の実施場所について
・上記住所に行く場合は枠外の口（☑）を記入してください。
・上記住所以外での調査希望の場合は上記住所以外に☑をして住所電話番号の記入をしてください。
(施設や病院に入所、入院中の方は施設名・病院名等も記入してください。)

3. 訪問調査時の家族等の立ち合いについて 同席無 同席有り下記へ記入

<input type="checkbox"/> 家族 氏名：	(続柄：)
住所：	TEL：
<input type="checkbox"/> ケアマネジャー 氏名：	
事業所名：	TEL：
<input type="checkbox"/> 施設職員・市職員・その他 ()	
氏名：	TEL：

●訪問調査時の家族等の立ち合いについて
・立ち合いがない場合は枠外の口（☑）を記入してください。
・立ち合いが有りの場合は該当する欄に☑をしてお名前等の記入をしてください。

4. 1か月以内に主治医の診察を受けたかについて 受診有 受診無し下記へ記入

<input type="checkbox"/> いいえ ⇒	いつ診察を受けましたか、または受ける予定ですか？	年 月 日
--------------------------------	--------------------------	-------

●受診について
・1か月以内の受診をされている場合は枠外の口（☑）を記入してください。

5. 介護保険資格者証の受領について

介護保険資格者証を受領しました。 日付： / サイン： _____

●資格者証の受領
・1か月以内に主治医の診察を受けていない場合はいいえに☑を記入していただき受診予定日の記入をしてください。
(2か月間受診をされていない場合は早めに受診していただきますようお願い致します。)

6. 調査員に伝えておきたいこと

_____ _____ _____

●調査員に伝えておきたいこと
・本人または家族が市役所介護保険課の窓口へ申請に来られて、かつ介護保険者証をご持参いただいた方のみ記入する欄です。それ以外の方は不要です。

《市 記入欄》

被保険者証	【有・無・届】	資格者証	【済・有】	保険料確認	【有・無】
要介護からの区分変更のみ			受付者：		
(要介護 ・ 要支援)		有効期限	年 月 日～ 年 月 日		
認定調査	日時	月 日 () 午前9時半・10時半～11時・午後1時半・2時半～3時・ ()			
		注：訪問時間(早くなっても可・時間厳守)			
	調査員 ()	移動手段 (27・40・ア)			
	調査日決定連絡	記入例) 4/1、13：15、不在、連絡担当者			
①	②	③	④	⑤	

●調査員に伝えておきたいこと
・特に無ければ記入は不要です。