

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

菊池市長 様

次のとおり申請します。

申請年月日 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 記号・番号	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	〒				〔 行政区: 〕							
		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			
		有効期限	年 月 日 から			年 月 日							
	変更申請の 理由												
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	介護保険施設等の名称等・所在地					期間	年	月	日	～	年	月	日
	介護保険施設等の名称等・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

提 出 代 行 者	事業所名	該当に○(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・その他)									
	申請者氏名	該当に○(家族・本人・ケアマネージャー・職員・民生委員・その他)※家族に○をつけた場合、続柄をご記入ください (続柄:)									
	住所	〒				電話番号					

主 治 医	主治医の氏名					医療機関名				
	住所	〒				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										
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、菊池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、菊池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

代理権確認	確認	身元確認	確認	返却サイン	番号確認	確認	返却サイン
委任状	✓	マイナンバーカード	✓		マイナンバーカード	○	
官公所発行証		運転免許証			通知カード	○	
介・負・健・年・マ		官公所発行証(写真付)			住民票	○	
(法定代理人)		2点提示					

調査員が訪問する際の参考にさせていただきますので、下記の事項について該当するものに○をつけ、具体的な状況等についてご記入ください。

調査対象者氏名		世帯状況等	一人暮らし・同居家族有・入所中・入院中
■変更申請にいたる具体的な状況（病名及び症状等）について、ご記入ください。（※緊急の対応を要する方は、その旨ご記入ください。）			
■訪問調査先	自宅・施設・病院・その他（ ）		
■住所 （施設・病院等の 名称）	〒		電話番号

■現在利用中のサービスの曜日と時間帯をご記入ください。今後新たに利用を希望するサービスには、△をつけてください

サービスの種類	曜日・（時間帯）・事業所名		
通所介護（デイサービス）			
通所リハビリ（デイケア）			
訪問介護（ホームヘルパー）			
訪問看護			
訪問リハビリ			
訪問入浴サービス			
ショートステイ	月 日 ～ 月 日（または、曜日）		
施設入所	入所中・入所申し込み中（種類： ）		
小規模多機能型居宅介護		住宅改修	未・済
福祉用具貸与品目		福祉用購入品目（過去半年）	

■普段の生活の様子について、あてはまるものに○をつけ、状況をご記入ください。

【透析】	有・無	（有の場合： 月・火・水・木・金・土・日 ）
【移動】	つかまらず可・杖が必要・歩行器・車イス・その他（ ）	
【食事】	自立・介助・その他（ ）	
【入浴】	自立・介助・その他（ ）	
【着替え】	自立・介助・その他（ ）	
【トイレ】	自立・介助・紙パンツ・オムツ・パッド・ポータブル・その他（ ）	
【日常会話のやりとりについて】	できる・できない	
【物忘れ等、気になる症状があればご記入ください】		

■かかりつけ医の状況についてご記入ください。

定期受診・・・	していない・している	（最終診察日： 年 月 日頃）
---------	------------	-----------------

■認定調査について

本人のみ・必ず同席を希望します・病院、施設の担当職員の方に任せます	
同席希望者	□申請者と同じ ※同席を希望する方は、日中の連絡先をご記入ください。
【氏名	】【続柄
】	【連絡先(自宅・携帯)
】	】
※お伺いする日程について都合の良い曜日、時間帯等を、3日程度ご記入ください。【	

市記入欄

滞納・欠損・生保・2号・みなし2号	2号被保険者 生保受給の有無	有・無
未納	有・無	（有の場合）未納額 円
■未納時の対応状況（対応者、連絡先等）		
■介護保険以外の福祉サービス確認（有の場合） 包括支援係へ連絡済・連絡未		
MCWEL 特記事項確認	ふれあいデイ・ふれあいヘルパー（有・無）	
■介護保険被保険者証	回収済・調査時・紛失	■資格者証の交付について 交付済・調査時