

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

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		[和暦]		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					有効期限 令和 年 月 日 から 令和 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 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																	
有・無		医療機関等の名称等・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																		

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・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、那須塩原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、那須塩原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 _____

（家族の場合）代筆者 _____（続柄 _____）

（申請代行の場合）代筆者 _____

＜訪問調査についての確認事項＞ 新規 区分変更 更新

I 訪問調査場所

自宅（親族の家など、住民票住所と異なる家に滞在中の場合は『その他』に記入してください）

病院 } _____ 病院 _____ 棟 _____ 階（東・西・南・北・その他（ ））

施設等 } 調査地: _____ 住所: _____

その他 } TEL: _____ 入所(居)日・滞在開始日: _____

II 家族状況および調査時立会い

独居 同居家族あり [夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()]

↳ 1か月以内の介護認定申請中の同居家族 : なし あり (お名前: _____)

※施設入所(居)中の方は、入所(居)前の同居家族の情報のみ記入してください

調査立会い なし あり [夫 妻 子 子の配偶者 孫 その他()]

※ご自宅で調査の場合は、できるだけご家族の立会いをお願いします

訪問調査の日程調整先

ふりがな お名前: _____ (続柄 _____) 電話番号: _____

※日中つながる電話番号をご記入ください。0287-62-7225から不在着信がありましたら折り返し電話してください

訪問調査日に関すること

調査日のご都合が悪い曜日・時間帯に×を付けてください。

なし あり

	月	火	水	木	金
午前					
午後					

III 日常生活状況

移動	自立・杖・歩行器 車椅子・寝たきり
食事	自立・介助あり・点滴
排泄	トイレ・リハビリパンツ・オムツ
会話	可・不可・筆談
忘れ	なし・年相応 あり [_____]

IV 前回認定時との比較 ※区分変更・更新のみ

ADL: 悪化・変化なし・改善

認知症状: 悪化・変化なし・改善

●具体的な変化の状態

V 現在利用中の介護保険サービス ※区分変更・更新のみ

・(看護)小規模多機能型居宅介護の利用

なし・あり→ 通い(_____ 曜日)、宿泊(_____ 曜日)、訪問(_____ 曜日)

・上記以外の利用状況 サービス利用あり サービス利用なし

詳細 例) デイサービス: 火・木、ショートステイ: 金～日、レンタル

VI その他利用状況

・透析

[_____ 曜日]

・医療系サービス

[_____ 曜日]

・障害系サービス

[_____ 曜日]

VII 現在、医療機関に入院中の方

入院中の方は原則、状態が安定し、退院の見通しが立ってから調査を行います

1. 何が原因で入院になりましたか？ 病名等: _____

2. 退院日は決まっていますか？ 決まっている [_____ 月 _____ 日頃・近々] 未定

3. 退院後の予定(希望も含む)は？ 在宅 施設入所 転院 [_____] 未定

VIII 訪問調査にあたり、必要と思われる情報がありましたら詳しくご記入ください。

・調査場所が自宅等の場合: ペット: なし・あり (犬 猫 その他(_____))

敷地内駐車場: なし(駐車場所: _____)・あり

・その他

担当ケアマネージャー等(_____)

●第三者行為(交通事故等)の該当者

事故発生日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日、示談の有無: なし あり (示談日: 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日)