

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

石岡市長 あて
次のとおり申請します。

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	被保険者番号																				個人番号																		
	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																					
		有効期間					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・社会保険労務士・介護医療院)																	印	
提出代行者住所																			
申請者氏名											本人との関係								
申請者住所											電話番号(自宅)								
											電話番号(携帯又は職場)								

主治医	主治医の氏名					医療機関名													
	所在地					電話番号													

2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

医療保険者名											医療保険被保険者証記号番号									
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・意見及び主治医意見書を、石岡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若しくは介護保険施設の関係人、主治医意見書を記載した医師又は認定調査に従事した調査員に提示することに同意します。

本人氏名

介護保険 認定申請 状況質問票

調査対象者氏名	
---------	--

◎認定調査の日時等の調整・連絡のために、記入してください。

調査 連絡先	フリガナ		本人と の続柄	調査同席 希望	あり・なし
	氏名				
	電話番号	— —	連絡希望 時間帯	頃から	
	(携帯番号)	— —		頃まで	
調査時に注意 してほしいこと					
市が委託した事業所での調査 ※更新・変更申請のみ		<input type="checkbox"/> 可 (後日事業所から連絡があり、日時を調整します) <input type="checkbox"/> 不可 (市の調査員が調査します)			

◎調査対象者の状況について該当するところに記入してください。

所在・ 状況	<input type="checkbox"/> 在宅	<input type="checkbox"/> 自分の家 <input type="checkbox"/> 住所の違う家族等の家()			
	<input type="checkbox"/> 施設	<input type="checkbox"/> 特養 <input type="checkbox"/> 老健 <input type="checkbox"/> 介護療養型 <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他施設 (施設名)			
	<input type="checkbox"/> 入院	(病院名) 退院予定 <input type="checkbox"/> 有 (月 日頃) <input type="checkbox"/> 無 退院後の予定(希望) <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 未定			
	家庭状況	<input type="checkbox"/> 家族 有 (主な介護者:) <input type="checkbox"/> 独居			

歩 行	1.自分で歩ける 2.介助すれば歩ける(杖・歩行器等) 3.歩けない
食 事	1.自分で食べられる 2.介助すれば食べられる 3.食べられない
排 泄	1.自分でできる 2.介助すればできる 3.オムツ使用 4.紙パンツ使用
入 浴	1.自分で入れる 2.介助があれば入れる 3.清拭 4.入浴できない
認知症状の有無	1.ない 2.ある(具体的な症状)
●申請(新規)の理由・困っていること・最近の変化・その他	

◎現在受けているサービス(又は受ける予定のサービス)について記入してください。

<input type="checkbox"/> 利用あり	<input type="checkbox"/> 利用なし 理由()				
<input type="checkbox"/> 担当ケアマネ	担当者名 ()	事業所名 ()			
<input type="checkbox"/> 日帰りサービス	月 火 水 木 金 土 日 その他	事業所名 ()			
<input type="checkbox"/> 訪問サービス	月 火 水 木 金 土 日 その他	事業所名 ()			
<input type="checkbox"/> ショートステイ	約 日/月	事業所名 ()			
<input type="checkbox"/> 住宅改修	あり・なし	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル	あり・なし	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入	あり・なし

◎第三者行為(交通事故等)に該当する方は記入してください。

事故発生日	年 月 日	示談の有無	1.無 2.有(示談日 年 月 日)
-------	-------	-------	--------------------

保 険 者 確 認 欄	受付区分	石・八 (<input type="checkbox"/> 窓口 <input type="checkbox"/> 郵送)			届出者	身元確認	番号確認
	受付	入力	意見書	調査委託	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 代理人 (<input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 使者	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 居宅介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 (未確認理由) 番号閲覧 <input type="checkbox"/> 了承済
		生保 有・無					