

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

東近江市長 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											
		被保険者証	記号											番号						枝番				
	フリガナ												生年月日		() 歳									
	氏名												性別											
	住所		〒										電話番号											
	前回要介護 認定の結果等		要介護状態区分					1	2	3	4	5	要支援状態					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									
有 ・ 無		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										
		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・要支援認定に係る調査内容、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東近江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

要介護認定申請にかかる確認事項 (①～③をご記入ください)

① 入院・受診状況

入院中

医療機関名			
入院期間	年 月 日	～	年 月 日
(退院見込日が分かる場合)			

入院していない

頻度	月・	週に()回
受診日	前回:	月 日
	次回:	月 日

② 利用中の介護サービス (該当するサービスにチェック、利用曜日に○をつけてください)

<input type="checkbox"/> デイサービス	月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/> デイケア (通所リハビリ)	月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/> ホームヘルプ	月	火	水	木	金	土	日
<input type="checkbox"/> ショートステイ (利用期間) ()							
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ()							
<input type="checkbox"/> その他 ()							

③ 訪問調査日程調整等 (調査時間は1時間から1時間半程度です)

調査場所	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 自宅以外
	駐車場: 有 無 → 指定場所() ペット(犬、猫等): 有(屋内・屋外)・無 ※有の場合調査時にはケージや別室への移動をお願いします。	場所
立会者	氏名	
	続柄	
	連絡先	
平日午前8時30分から午後5時15分の間に連絡可能な連絡先をご記入ください。		
調査希望日 調査希望日等ある場合のみ記載	提出日以降1週間から1か月半の間でご記入ください。 ※ご希望に添えないこともあります。 例: 5月中の金曜日午前中、 4/22 5/10、 4/8,9,10 は都合悪い 等	
調査は月曜日～金曜日(祝日を除く)の、午前は9:30～11:00、午後は1:30～3:00の間を開始時間とさせていただきます。		

④ 認定結果のお知らせについて

申請日から認定結果送付が30日を超える場合に処理見込期間と理由をお知らせする延期通知について、更新申請で現在の認定の有効期間内に認定結果が送付できる場合は省略します。

同意される場合はチェックをお願いします → 上記省略に同意します。

以下市記入欄

受付日 (/) 受付者 () (支所)

同意欄署名入力	
システム入力	
被保険者証回収	
区変理由等確認	
滞納	
資格者証発行	
エクセル入力	
意見書依頼(/)	在(新・継) 施(新・継)

調査日程	月 日 ()	時 分 (頃 / 指定)	調査員
------	---------	--------------	-----