

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

柴田郡柴田町長 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					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						
										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・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、柴田町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、柴田町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 _____

【町確認欄】※下記は記入しないでください。 確認日 令和 年 月 日 確認者サイン()

申請者	<input type="checkbox"/> 本人申請		番号確認書類未提出 <input type="checkbox"/> 職権による調査了解 <input type="checkbox"/> 提出拒否 <input type="checkbox"/> その他()
	<input type="checkbox"/> 代理人申請 <input type="checkbox"/> 委任状 <input type="checkbox"/> 戸籍謄抄本 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> その他()		
番号確認	<input type="checkbox"/> 個人番号カード <input type="checkbox"/> 番号通知カード <input type="checkbox"/> 住民票等 <input type="checkbox"/> その他()		
申請者の 身元確認	1 点有効	<input type="checkbox"/> 運転免許証 <input type="checkbox"/> パスポート <input type="checkbox"/> 障害者手帳 <input type="checkbox"/> 介護支援専門員証 <input type="checkbox"/> 写真付き社員証 <input type="checkbox"/> 写真付き身分証明書(種類など) <input type="checkbox"/> その他() 記号・番号 _____	
	2 点有効	<input type="checkbox"/> 年金手帳 <input type="checkbox"/> 社員証 <input type="checkbox"/> 学生証 <input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証 <input type="checkbox"/> 介護保険負担割合証 <input type="checkbox"/> 身分証明書 <input type="checkbox"/> 領収書 <input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 納税証明 <input type="checkbox"/> 母子健康手帳 <input type="checkbox"/> その他() 記号・番号 _____	
※代理人の氏名等 氏名 _____ 生年月日 S・H 年 月 日 住所 _____			

状 況 調 書

介護保険認定申請時に提出してください。

1) ご本人についてお伺いします。

対象者 氏名		男 女	生年月日 年齢	大・昭 年 月 日 (歳)
-----------	--	--------	------------	-------------------

2) ご本人の身体状況等について、該当する番号に○をつけてください。

病名等	1. 脳血管疾患 2. 高血圧症 3. 心臓病 4. 骨折 5. 関節リウマチ 6. 喘息 7. 腎臓病 (人工透析) 8. 認知症 9. 骨そしょう症 10. 糖尿病 11. 老衰 12. 全盲・弱視 13. 難聴 14. 言葉不自由 15. がん () 16. その他 ()
歩 行	1. 自分で歩くことができる 2. 杖や歩行器を使用して歩く 3. 車イスを使用する 4. 歩けない
排 泄	1. 自分でできる 2. 介助が必要 (パット・紙パンツ・紙おむつ・トイレ・ポータブルトイレ・カテーテル)
記憶力	1. 普通 2. やや忘れやすい 3. すぐ忘れる
意思疎通	1. 普通 2. やや悪い 3. 悪い
その他	

3) ご本人は現在ご自宅で生活されていますか? 1. はい 2. いいえ
 いいえの場合→入院中・入所中・その他(場所: 病棟)

4) ご本人が利用中のサービスはありますか?

1. デイサービス・デイケア (曜日)	2. 訪問介護 (曜日)
3. 訪問看護 (曜日)	4. 訪問入浴 (曜日)
5. ショートステイ (棚架 / ~ /)	6. その他 (春風・)

5) 認定調査時に立ち会っていただく方 (ご本人の状態をよくご存知の方) についてご記入ください。※後日、調査員が立会人の方に訪問日程調整の電話をいたします。

調査時 立会人	住 所			
	ふりがな			
	氏 名	本人との 続 柄		
	電 話	携帯電話		

6) 調査日についてご希望がありましたら、月曜日～金曜日で9時～15時の時間でご記入ください。(ただし、必ずしもご希望に添えないこともあります。ご了承下さい。)

調査の 希望日	①	②	③
------------	---	---	---

町記入欄

家族調査立会 有 ・ 無	
家族への連絡 有 ・ 無	