

介護保険要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(提出先)  
川越市長

次のとおり申請します。

										申請年月日			年 月 日				
被保険者番号	1	0	0							個人番号							
フリガナ											生 年 月 日			年 齡			
氏 名											男 女	明・大・昭 年 月 日			満 歳		
住 所 (住民票上)	〒										電話番号 ( )						
現在の要介護 状態区分	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 まで									
変更申請の理由																	
医療機関又は 施設に 入院・入所中 無	入院・入所施設名															病室:	
	所在地					〒										電話番号 ( )	

主治医	主治医氏名					医療機関名											
	所在地					〒										電話番号 ( )	
	定期受診の有無					有 無		最終受診日		年 月 日							

1ヶ月以内に受診がない場合は、後日受診をお願いすることもあります。

提出代行者 (家族等)	氏 名										続 柄										
	住 所										〒										電話番号 ( )
提出代 行 事 業 者	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・指定介護療養型医療施設・介護医療院)																				
住 所	〒										電話番号 ( )										

第2号被保険者(40歳以上65歳未満の医療保険加入者)の方は、記入してください。

医療保険者名						医療保険被保険者証記号番号									
特定疾病名															

注 医療保険被保険者証を持参してください。

私は、介護サービス計画若しくは介護予防サービス計画を作成するために必要がある場合又は主治医意見を記載した医師が希望した場合には、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を、川越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。

受領者	資格者証	済 未	入 力 者	前 回 H P	同 異	期限切れ新規
						非該当
						取下げ

本人氏名 \_\_\_\_\_

代筆 ( ) \_\_\_\_\_

要介護(支援)認定が円滑にできるように、下記について記入のご協力をお願い致します。

1 訪問調査について ( 該当するものにチェックしてください。 )

ア 介護保険の申請をすることを、ご本人は承知していますか？

承知している

承知していないが、介護保険の調査であることを伝えても差し支えない

承知しておらず、調査の時もわからないようにしてほしい

イ 調査に同席される方はいますか？

同席する

同席しない

同席される方の氏名と日程調整の連絡先を、連絡する優先順で記入してください。

【 平日の日中に連絡がとれる電話番号をお願いします。】

氏名( )本人との関係( ) ( 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 ) ☎ - -

( 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 ) ☎ - -

氏名( )本人との関係( ) ( 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 ) ☎ - -

( 自宅 ・ 職場 ・ 携帯 ) ☎ - -

ウ 調査場所について

川越市内の自宅(住民票上の住所)

入院・入所中で退院・退所の予定なし

入院・入所中で退院・退所(転院・転所)予定あり ( 月 日予定 )

(名称: 住所: )

上記以外の自宅等、その他 ( )

エ 調査場所付近に駐車スペースはありますか？ ない ある (駐車場所: )

オ 月～金曜日のうち、調査に何うの都合の悪い日はいつですか？

(該当する時間帯に をつけてください。)

【 月( 午前・午後 ) 火( 午前・午後 ) 水( 午前・午後 ) 木( 午前・午後 ) 金( 午前・午後 )】

カ 今後、1ヶ月の間で外泊(ショートステイの利用等)や、入院をする予定はありますか？

なし あり 月 日～ 月 日(名称: 住所: )

キ 必要な方は をつけてください。 手話通訳 ・ 筆談

☞ 調査にあたって、ご本人に配慮すべきこと(認知症、疾病等)はありますか？ 【 別室希望 ; 有 ・ 無 】  
また、普段の体調・状況など、事前の伝達事項、注意事項がありましたら記入してください。

( )

2 今後、直近の医療機関(主治医) 受診予定日を記入してください。 ( 月 日)

3 居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターへご相談されている方は、記入してください。

事業所名	ケアマネジャー氏名