

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

（宛先）村上市長

次のとおり申請します。

申請年月日 令和 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																			
	氏名												性別																			
	住所		〒																		電話番号											
	前回の要介護 認定結果等		要介護状態区分																													
			有効期間																		～											
	変更申請の 理由																															
	過去6ヶ月間の 介護保険施設・ 医療機関等の入 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																		
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・居宅介護支援事業所・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2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																		
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護サービス計画又は介護予防サービス計画を作成する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、主治医意見書、本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、本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若しくは介護保険施設の関係人、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こと（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。）あるいは村上市要介護認定及び要支援認定に係る情報提供取扱要綱に従い情報提供することに同意します。また、被保険者の介護保険料の納付状況を確認することに同意します。

本人氏名 _____

※は申請に来られた方が原則記入してください。難しい場合は職員にお申し出ください

受付日： 年 月 日 受付者

※申請理由 (新規のみ)	
※家族構成・ 連絡先等	家族構成…独居、高齢者夫婦のみ _____人家族 (↓続柄を記入) ジェノグラム (省略可)
	氏名： _____ 続柄 (_____)
	住所： _____
	電話番号： _____
訪問調査 実施場所	・申請者住所と同じ ※駐車する場所…
	・施設等…
	・病院… _____ 原因となった傷病： _____
	・その他…
調査時の 立会人	・同席あり (続柄： _____)
	・同席なし：調査時に不明な点があった場合の連絡先 _____
	上記連絡先と同じ ・ その他➡ _____
※調査時の 留意事項	病気について未告知、介護認定申請のことは伝えない、本人と別で調査員に伝えたいことがある、かなり耳が遠い、筆談 等
現在利用して いるサービス 又は希望する サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 (ヘルパー) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴
	<input type="checkbox"/> 通所介護 (デイサービス) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (デイケア) <input type="checkbox"/> 短期入所 (ショートステイ)
	<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル (品目： _____)
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入 (品目： _____) <input type="checkbox"/> 住宅改修
	<input type="checkbox"/> 小規模多機能 <input type="checkbox"/> 看護小規模多機能 <input type="checkbox"/> 施設入所
	介護保険外のサービス：
	<input type="checkbox"/> あかまつクラブ <input type="checkbox"/> 軽度生活援助 <input type="checkbox"/> 給食サービス (市・個人)
	<input type="checkbox"/> 障害福祉サービス <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他…

職員記入欄

認定調査	_____ 月 _____ 日 (_____) 午前 _____ 午後 _____ 時 _____ 分～
	担当調査員： _____
サービス調整	<input type="checkbox"/> 調査後 <input type="checkbox"/> 一次判定後 <input type="checkbox"/> 認定後
ケアマネ調整	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 市
主治医の了解	<input type="checkbox"/> 連絡相談済みor定期受診あり
備考	