

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

千歳市長 様
次のとおり申請します。 申請年月日 令和 年 月 日

被 保 者 の 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		大正・昭和		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																			
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、千歳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、千歳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、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

認定調査についての事前確認事項

被保険者番号 _____

※認定調査は訪問前に日程調整等のため調査員から連絡をいたします(開庁時間帯)。

調査についての 連絡先 (当てはまる項目に○)	本人 (被保険者)	電話番号 _____
	その他 (右欄を 記入)	氏名 _____ 続柄(関係) _____ 電話番号 _____ 所属等 _____
連絡時の留意事項 (時間帯、難聴など)		
本人の主な疾病、障害等 (当てはまる項目に○、 状態を記入)	がんの場合→ 告知済・未告知 認知症症状→ 有・無	
	主治医受診状況 _____ か月に _____ 回 次回受診予定日 _____ 月 _____ 日	
調査時の配慮事項		
本人の居住場所 (当てはまる項目に○)	1. 住所地(同居者氏名・続柄 _____)	
	2. 病院 3. 施設 4. その他 →2. 3. 4. の場合は名称や住所などを下に記入 [_____]	
駐車場所について (当てはまる項目に○)	駐車場所 有 → ・住宅敷地内 ・住宅前路上 ・その他 無	
調査の同席者 (当てはまる項目に○)	有(右欄に記入)	連絡先に同じ 連絡先以外 氏名 _____ 続柄 _____
	無(右欄に記入)	調査後の聞き取り <u>希望する</u> ・希望しない ↓ 聞き取り先氏名 _____ 続柄 _____
		電話番号 _____
介護保険サービスの 利用曜日 ※予定を含む (当てはまる項目に○)	有(右欄に利用 曜日を記入) 未定	訪問介護(_____) 訪問リハビリ(_____) 通所介護(_____) 訪問看護(_____) 通所リハビリ(_____) その他: _____ (_____)
備考		