

介護保険要介護状態区分変更認定申請書

(宛先) 桑名市長

申請年月日

年

月

日

次のとおり申請します。

| | | | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------------|-------|---------------------|-----------------------------------------------------|-------|----|-------------------------|---|---|---|---------|--|---|
| 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 | 明・大・昭 | 年 | 月 日 | | | | | | |
| | 氏 名 | | | 性 別 | 男 ・ 女 | | | | | | | | |
| | 住 所 | | | 〒 _____ (自治会名 _____) (_____ 棟 _____ 号室) 電話番号 _____ | | | | | | | | | |
| | 前回の要介護認定の結果等 | | ※要介護・要支援更新認定の場合のみ記入 | 要介護状態区分 | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 要支援状態区分 | | 1 |
| 過去6月間の入院・入所の有無 | | 有・無 | 入院・入所施設の名称等・所在地 | | | 期間 | _____年 月 日 ~ _____年 月 日 | | | | | | |

| | | | | |
|-------------------|-----------|--------------------------------------------------------------------|--|--|
| 提出 代 行 者 | 名 称 (氏 名) | 該当に○ 1. 地域包括支援センター 2. 居宅介護支援事業者 3. 介護保険施設 4. その他 (本人との関係 _____) | | |
| | 住 所 | 〒 _____ 電話番号 _____ | | |

| | | | |
|---------|-------|-----------------------------------------|--|
| 主治 医 | 医療機関名 | 主治医氏名 | |
| | 所在地 | 最終受診日 _____年 月 日/現在入院・入所中 電話番号 _____ | |

★ 第2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桑名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。
- 市又は提出代行者から説明を受けた次の事項について、同意の上、申請します。
区分変更申請をされても、必ずしも介護度が変更される訳ではなく、状態によっては、これまでと同じ、もしくは、想定されていた介護度とは異なる介護度が認定される場合があること。

| | | | | |
|------------------|------------------------------------|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| 市 処 理 欄 | 届出者 (本人・代理人) | 個人番号 | 代理権 | 本人氏名(自署) |
| | <input type="checkbox"/> マイナンバーカード | <input type="checkbox"/> 番号カード | <input type="checkbox"/> 委任状 | _____ |
| | <input type="checkbox"/> 運転免許証 | <input type="checkbox"/> 通知カード | 他 (_____) | 代筆者 _____ 本人との関係 _____ |
| その他 (_____) | | 他 (_____) | | ※本人氏名を代筆した場合、代筆者は自署してください。 |

被保険者番号

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

介護保険 申請連絡票

被保険者の氏名

| | | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|------------------------|
| 1 訪問調査の日程調整先及び同席者 ※調査員からの連絡は非通知の場合もありますのでご了承ください。 | | | |
| 調査日時 についての 連絡先 | 本人との関係 <input type="checkbox"/> 本人 | 氏名（カナ） | 日中連絡可能な電話番号 |
| 調査の 同席者 | <input type="checkbox"/> 無 | 本人との関係 <input type="checkbox"/> 連絡先と同じ <input type="checkbox"/> | 氏名（カナ） ※日頃の様子をお話いただける方 |

| | | | |
|---------------------------------------------|--|--|--|
| 2 訪問調査場所 ※調査を受ける方の普段の様子分かる場所をお願いします。 | | | |
| <input type="checkbox"/> 自宅 | | | |
| <input type="checkbox"/> 施設 施設名： | | | |
| <input type="checkbox"/> その他 具体的な住所、場所名： | | | |
| <input type="checkbox"/> 入院中 入院先： 階 号室 | | | |
| 入院理由： | | | |
| 退院の目途： 無 ・ 有（いつ頃か） | | | |

| | | | |
|--------------------------------------------------|--|--|--|
| 3 訪問調査の希望日時 ※調査は月曜日～金曜日の9時～16時で約1時間程度です。 | | | |
| <input type="checkbox"/> いつでもよい | | | |
| <input type="checkbox"/> 連絡をもらった時に相談したい | | | |
| <input type="checkbox"/> 希望の日時がある（具体的に記入してください。） | | | |

| | | | | | | | |
|----------------------------------|---|---|---|---|---|---|--|
| 4 介護保険サービス利用について | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 現在利用中 | | | | | | | |
| ・ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び担当者名： | | | | | | | |
| ・ 介護サービス事業所、施設名及び担当者名： | | | | | | | |
| ・ 介護サービスの利用状況： | | | | | | | |
| 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | |
| <input type="checkbox"/> 利用を検討中 | | | | | | | |
| ・ 地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び担当者名： | | | | | | | |
| ・ 介護サービス事業所、施設名及び担当者名： | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 利用していない | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|---------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 5 申請理由 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | |
|-------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|
| 6 調査時に特別に配慮したほうがよい事やその他伝達事項等があれば、具体的に記入してください。 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 本人調査後、別途聞き取り希望 | | | | | | | |
| | | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|------|-------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|--|
| 市処理欄 | 保険証回収 | 済・未 | 資格者証発行 | 済・不 | 保険料滞納 | 無・有 | 入力担当者 | |
|------|-------|-----|--------|-----|-------|-----|-------|--|