

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

調査票	意見書	入力
-----	-----	----

記入時の注意点

申請年月日 令和 年 月 日

被 保 険 者	介護保険 被保険者番号	0000	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 大・昭 年 月 日			
	氏名	<p>医療保険の被保険者証に記載された項目を確認ください (参考) ○保険者名が福井県後期高齢者医療広域連合の場合 保険者番号：39182043 (記号、枝番はなし) (被保険者証番号は被保険者によって異なります) ○保険者名が小浜市国民健康保険の場合 保険者番号：180042 記号：井小 (被保険者証番号および枝番は被保険者によって異なります)</p>			
	住所				
	前回の要介護 認定の結果等				
	変更申請の理由				
	過去6ヶ月間の 介護保険施設、 医療機関等への 入院・入所の有無	介護	期間	年 月 日	~ 年 月 日
		介護保険施設・医療機関の名称等・所在地	期間	年 月 日	~ 年 月 日
有・無 (いずれかに○)	介護保険施設			月 日	
提 出 代 行 者	名称	該当に○(地域包括支	<p>総合病院等には、同一診療科内に同じ名字の医師が在籍していることがありますので、主治医の氏名(フルネーム)の確認をお願いします。</p>		
	住所	〒			
		電話番号() -			
主 治 医	主治医の氏名		医療機関・診療科名		
	所在地	〒	電話番号() -		
	最終受診日	月 日	次回受診予定日	月 日	

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・要支援認定意見書、小浜市が提供を受けた介護サービス事業者、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地域密着型介護サービス事業者、主治医意見書に係る医師又は認定介護経路で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

本人氏名

代理人氏名

本人との関係

【区分変更申請時の注意点】

要介護(要支援)認定は、申請に基づき、介護認定審査会で要介護(要支援)区分の判定を行った結果をもって、小浜市で行います。判定結果によっては、要介護(要支援)区分が変わらない場合や想定より大きく変わる場合があります。また、認定有効期間が変わる場合もあります。

確認事項

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書に添えてご提出ください

記入時の注意点

① 被保険者氏名 _____

② 現在の所在 自宅 (住所 _____)

※介護保険証記載の住所と異なる場合のみ記入

病院・施設 (名称 _____ 階 _____ 室 _____)

③ 訪問調査日程調整の連絡先 (_____)

氏名 _____
TEL① _____

入院中の場合は、病棟または病室のご記入をお願いします。

※立会者が上記の方と異なる場合→ 氏名 _____ 被保険者との関係 _____

④ 訪問調査で都合の付かない曜日・時間帯

月	火	水	木	金	土	日
：	：	：	：	：	：	：
～	～	：	：	：	：	：
：	：	：	：	：	：	：

ケアマネジャーや施設・病院職員の立ち合いの場合は、その旨ご記入ください。

⑤ サービスの利用 (当月の1日の利用回数を記入)

訪問介護

月	火	水	木	金	土	日

訪問

月						

短期入所をされている、またはその予定がある場合はご記入をお願いします。

通所介護 (デイサービス・デイケア) 等

月	火	水	木	金	土	日

短期入所 (ショートステイ)

(月 日 ~ 月 日)

福祉用具等のレンタル 有 () ・ 無

その他のサービス (オムツ券・福祉用具購入など) 有 () ・ 無

⑥ 特記事項

★身体・生活・認知機能や病気の状態など

現在の生活に影響がある病気があれば、分かる範囲でご記入ください。
例) 数年前から前立腺肥大で糖尿である
3年前に右大腿骨骨折をして車椅子生活である
数年前にアルツハイマー型認知症と診断された
物忘れがひどい、外出して戻れない など

★家族状況 (同居の有無、支援状況)

同居家族のほか、支援をしている人 (市外に住む子や孫、友人、知人など) をご記入ください。

★今後利用していきたい介護サービス

希望するサービスの内容についてご記入ください。
例) デイサービスに通って入浴支援をしてほしい
支援者がいないため買い物などにヘルパーを利用したい

★その他 (現在入院中の場合は、退院
