介護保険　要介護認定・要支援認定区分変更申請書

角田市長　様

次のとおり申請します。　　　　　　　　申請年月日　令和　　年　　月　　日

被保険者	介護保険被保険者番号	0200		個人番号	
	医療保険 保険者名			保険者番号	
	医療保険 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　1　2　3　4　5　要支援　1　2			
		有効期限　年　月　日　から　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	
		医療機関等の名称等・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、角田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、角田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

（要支援認定者用）

〈状況調査票〉

・表面に記入した医療機関の最終診察日をお尋ねします。

最終診察日：令和　　年　　月　　日

・現在（申請時）被保険者の方は、どちらにおられますか。

自宅　/　施設・医療機関等[名称等：　　　　]　/　その他

・身体の状況についてお尋ねします。

寝たきり　/　介助で外出できる　/　自由に外出できる

・トイレの状態についてお尋ねします。

一人でできる　/　手伝えばできる　/　できない（オムツ使用）

・着替えの状態についてお尋ねします。

一人でできる　/　手伝えばできる　/　できない

・認知についてお尋ねします。

ふつう　/　なんとなくおかしい　/　生活にも影響が出ている

・他に生活で困っていることがあればご記入ください。（例：足腰が悪くなった等）

〔　　　　　　　　　　　　　　　　〕

・今までにかかった病気、または現在治療中の病気がありますか。該当する項目に〇をつけてください。

脳血管障害（脳梗塞、脳出血等）　/　高血圧症　/　心臓病　/　糖尿病

認知症　/　骨 折　/　リウマチ　/　がん　/　その他（　　　　）

・訪問調査に立ち会っていただける方はどなたですか。（主に介護者）

ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	続柄	平日の日中連絡のとれる電話番号 -　　-	備考
ﾌﾘｶﾞﾅ 氏名	続柄	平日の日中連絡のとれる電話番号 -　　-	備考
※施設入所の場合：家族の立ち合い		有　・　無	

・訪問調査の希望日があれば記入してください。（月～金曜日10時～14時の間で）

月　日　時頃　または　希望する曜日〔 月・火・水・木・金 〕

・ケアマネージャーは、どなたですか。　〔　　　　　　〕

・現在利用中のサービスはありますか。　〔　　　　　　〕

・今後利用したいサービスはありますか。　〔　　　　　　〕

※市確認欄[受付者：　　　　]　[　区分変更（再認定）　]

・資格者証交付[　有　/　無　]　・被保険者証回収　[　有　/　無　]

・申請者による個人番号記載[　有　/　無　]

[身元確認方法：個人番号カード　/　運転免許証　/　その他（　　　　）]

・窓口相談等

（　　　　　　　　　　　　　　　　）

・区分変更理由

☐重度変更（身体）　☐重度変更（精神）　☐軽度変更（身体）　☐軽度変更（精神）

☐入院中　☐主治医の勧め　☐　ケアマネの勧め　☐家族の勧め　その他（　　　　）