

変更 介護保険 要介護・要支援状態区分変更申請書

苫小牧市長 様 次のとおり申請します。

被 保 者	介護保険 被保険者番号	0	0	0	0								申請年月日	令和	年	月	日	
	医療 保険	保険者名	後期・国保・生保・その他()										保険者番号	39012133・010132 その他()				
		被保険者証	記号	苫小牧・その他()							番号				枝番			
	フリガナ													生年月日	明治・大正・昭和			
	氏名														年 月 日			
	住所	〒												性別	男・女			
													電話番号					
	前回の要介護 認定結果等	要介護状態区分 1 2 3 4 5					経過的要介護					要支援状態区分 1 2						
	有効期間 年 月 日 から 年 月 日まで																	
	現在の入院・入所 の有無(短期入所含)	施設名等							所在地			期間						
有・無	(介護施設・医療施設)							(号室)			年 月 日～ 年 月 日							
介護補償給付等の受給の有無			無・有 (補償給付名称)															
特記事項	送付先変更 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし																	
個人番号													カード確認・職権記載					

申請者氏名 又は 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・介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護療養型医療施設)											本人との関係					
申請者住所	〒												電話番号				

主治 医	主治医の氏名 (診療科目)	(診療科)							医療機関名							
	所在地	〒							電話番号			最近の受診 (予定日含む)	月 日		受診頻度	回/ ヶ月

2号被保険者(40歳から64歳までの医療保険加入者)のみ記入し、医療保険者証の写しを添付

特定疾病																
------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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、苫小牧市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、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。

又、介護認定調査に際し必要があるときは医療機関及び関係施設に対し調査項目についての情報提供を求めることに同意します。

本人氏名 _____

※市記入欄

処 理 欄	受付印	調査時に下記のとおり お願い致します					意見書	備考					
	<input type="checkbox"/>	保険証調査時回収	新規・継続		受付	入力	確認						
	<input type="checkbox"/>	資格者証調査時発行	在宅・施設										

認定調査連絡票(変更)

調査員が訪問を行う際の参考にさせていただきますので、該当する項目に☑しご記入ください。

氏名	
申請理由	<p>1. 変更申請に至った状態の変化についてご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 身体機能・起居動作の低下(低下した内容:)</p> <p><input type="checkbox"/> 生活機能の低下(低下した内容:)</p> <p><input type="checkbox"/> 認知機能の低下(症状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 精神・行動障害の発生又は悪化(病名、病状:)</p> <p><input type="checkbox"/> 社会生活への適応力の低下 (薬の内服・金銭の管理・日常の意思決定・集団への不適応・買い物・簡単な調理)</p> <p><input type="checkbox"/> 入院中 { 疾病や状態: }</p> <p>2. 今回の申請の主な目的をご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> サービス利用の増加</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険施設入所のため</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
サービスの利用状況	<p>過去1カ月以内に利用しているサービスについてご記入ください。(複数回答可)</p> <p><input type="checkbox"/> 訪問介護 <月・火・水・木・金・土・日> <input type="checkbox"/> 短期入所 <利用日 >></p> <p><input type="checkbox"/> 訪問入浴介護 <月・火・水・木・金・土・日> <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <品></p> <p><input type="checkbox"/> 訪問看護 <月・火・水・木・金・土・日> <input type="checkbox"/> 福祉用具販売 <品></p> <p><input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <月・火・水・木・金・土・日> <input type="checkbox"/> 住宅改修</p> <p><input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <日/月> その他のサービス利用</p> <p><input type="checkbox"/> 通所介護 <月・火・水・木・金・土・日> <></p> <p><input type="checkbox"/> 通所リハビリ <月・火・水・木・金・土・日></p>
家族構成	<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 夫婦二人暮らし <input type="checkbox"/> その他()
通院等	<p><input type="checkbox"/> 透析 <月・火・水・木・金> [土・日]</p> <p><input type="checkbox"/> その他定期外出 <月・火・水・木・金> [土・日]</p>
調査の連絡先	<p><input type="checkbox"/> 本人</p> <p><input type="checkbox"/> 申請者</p> <p><input type="checkbox"/> その他 (フリガナ氏名 続柄 連絡先 - -)</p> <p>都合の悪い日時・電話対応可能な時間帯など</p>
調査同席・聞き取りの有無	<p><input type="checkbox"/> 無(聞き取り不要)</p> <p><input type="checkbox"/> 無(聞き取り必要) → (フリガナ氏名 続柄 連絡先 - - 連絡先と同じであれば「同上」と記載してください)</p> <p><input type="checkbox"/> 有</p>
留意点	<p>調査の際に配慮することなど、事前に調査員に伝えたいことがあればご記入ください。</p> <p><input type="checkbox"/> 認定調査を急ぐ(理由:)</p> <p><input type="checkbox"/> 退・転院予定あり 月 日(退・転院先:)</p>