

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更 申請書

豊後高田市長 様

次のとおり申請します。 申請年月日 年 月 日

|                  |                                             |                      |                    |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |                  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|------------------|---------------------------------------------|----------------------|--------------------|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|------------------|--|-------|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|
| 被<br>保<br>険<br>者 | 介護保険<br>被保険者番号                              |                      |                    |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 個 人 番 号          |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  | 医<br>療<br>保<br>険                            | 保 険 者 名              |                    |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 保 険 者 番 号        |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  |                                             | 被 保 険 者<br>記 号 ・ 番 号 | 記 号                |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 番 号              |  |       |  |  |  | 枝 番 |  |  |  |  |  |
|                  | フリガナ                                        |                      |                    |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 生 年 月 日          |  | 年 月 日 |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  | 氏 名                                         |                      |                    |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 性 別              |  | 男 ・ 女 |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  | 住 所                                         |                      | 〒                  |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 電話番号             |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  | 変更申請の理由                                     |                      |                    |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |                  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  | 前 回 の 要 介 護<br>認 定 結 果 等                    |                      | 要介護 1 2 3 4 5      |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 要支援 1 2          |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  |                                             |                      | 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |  |  |  |  |  |                  |  |  |                  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
|                  | 過去6月間の介護<br>保険施設・医療機<br>関等入院・入所の<br>有無（有・無） |                      | 介護保険施設の名称・所在地      |  |  |  |  |  |  |                  |  |  | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |
| 医療機関等の名称・所在地     |                                             |                      |                    |  |  |  |  |  |  | 期間 年 月 日 ~ 年 月 日 |  |  |                  |  |       |  |  |  |     |  |  |  |  |  |

|                       |     |                                                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |      |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------|-----|------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 提<br>出<br>代<br>行<br>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<br>治<br>医 | 主治医の氏名 |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 医療機関名 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|             | 所 在 地  | 〒 |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 電話番号  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

第2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、豊後高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、豊後高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經由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

また、要介護・要支援認定の更新の申請から30日以内に認定がされない場合、現在の要介護・要支援認定の有効期間内であれば、要介護・要支援認定延期通知書（認定を延期する通知）を省略することに同意します。

本人氏名 \_\_\_\_\_

## 介護保険認定申請（調査）連絡票

|                                  |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
|----------------------------------|------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|-------|--|--|--|
| 被保険者番号                           |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     | 氏 名   |  |  |  |
| 申請種別                             | 区分変更                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 認知症 | 有 ・ 無 |  |  |  |
| 調査立会希望                           | 有（立会人： 続柄： ） ・ 無                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
| 調査日程調整の<br>連絡先                   | 本人・立会人・その他（ ）                      |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
|                                  | TEL①                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —   | —     |  |  |  |
|                                  | TEL②                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | —   | —     |  |  |  |
| 現在の住居地                           | 自宅・施設・病院（退院予定： ） ・ その他             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
| 訪問調査場所                           | 自宅・その他（ ）                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
| 担当ケアマネまたは<br>ソーシャルワーカー           | 有（氏名： ） ・ 無                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
| 現在のサービス<br>利用状況<br>（デイ等の利用曜日も記載） |                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
| 心身の状態や家族状<br>況、サービス希望等           | ※必ず記入してください                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |
| 備考                               | ※都合の悪い日等あれば記入してください。調査日程調整の参考にします。 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |       |  |  |  |

|         |    |  |          |   |  |      |
|---------|----|--|----------|---|--|------|
| 認定結果送付先 | 氏名 |  | 被保険者との関係 |   |  | 電話番号 |
|         |    |  | 住所       | 〒 |  |      |
| 家族等の連絡先 | 氏名 |  | 被保険者との関係 |   |  | 電話番号 |
|         |    |  | 住所       | 〒 |  |      |

※認定結果送付先は、送付先が提出代行者と異なる場合のみ記入