

介護保険 要介護認定・要支援認定区分変更申請書

(あて先) 橋本市長

次のとおり申請します。

申請年月日

令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日

被 保 者	介護保険 被保険者番号		2 0 3 0 〇 〇 〇 〇 〇 〇		個人番号			
	医 療 保 険	保険者名	橋本市(後期高齢)		保険者番号		〇〇〇〇〇	
		被保険者証	記号	〇〇〇〇〇		番号	〇〇〇〇〇 枝番 〇〇〇	
	フリガナ		ハシモト ハナコ		生年月日	明・ <input checked="" type="radio"/> ・昭 〇〇年 〇〇月 〇〇日		
	氏 名		橋本 花子		性 別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>		
	住 所		〒648-0072 橋本市東家一丁目1番1号		電話番号 0736-33-1111			
	前回の要介護 認定の結果等		要介護状態区分 <input checked="" type="radio"/> 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2			
			有効期限 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日 から 令和 〇〇年 〇〇月 〇〇日					
	変更申請の 理由		※区分変更申請の理由を必ずご記入ください。					
	過去6月間の 介護保険施設 医療機関等 入院、入所の 有無		介護保険施設の名称等・所在地 特別養護老人ホーム〇〇〇		期間 〇年 〇月 〇日～〇年 〇月 〇日			
		ショートステイは 含みません。		現在も入所・入院中のときは、期間の終わりのところに 「入所中」または「入院中」とご記入ください。				
		医療機関等の名称等・所在地 橋本市民病院		期間 〇年 〇月 〇日～ 年 月 日 入院中				
<input checked="" type="radio"/> 有		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 (氏名)	該当に〇(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・指定介護療養型医療施設、介護医療院) 橋本 太郎 (夫)		家族が申請する場合は、家族の氏名、 本人との続柄の記入をお願いします。	
	住 所	〒648-0072 橋本市東家一丁目1番1号		電話番号 0736-33-1111	

主 治 医	主治医の氏名	橋本 二郎		医療機関名	橋本市民病院	
	所 在 地	〒648-0005 橋本市小峰台二丁目8番1号		電話番号 0736-37-1200		

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	脳血管疾患		40～64歳の方のみ記入が必要です。 申請時には、医療保険証をご持参ください。	
-------	-------	--	--	--

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、必要な場合は、要介護認定・要支援認定にかかわる調査内容、介護認定調査会による判定結果・意見、及び主治医意見書を橋本市から地域包括支援センターへ提出し、必要に応じて介護認定調査会に提出し、介護認定調査会に同意します。

※この申請は、本人または家族が申請するほか、指定居宅介護支援事業者(ケアマネージャー)や介護保険施設などに申請を代行してもらうこともできます。

本人氏名 橋本 花子

認定調査について

要介護認定のために、あなたの身体やこころの状況に関する 74 項目について、認定調査員があなたのご家庭などにお伺いして、お聞きします。訪問調査に先立って、次の事項をお聞かせいただき、調査の参考にさせていただきます。原則、認定調査は平日の 9 時～12 時、13 時～17 時の間で行い、調査時間は約 1 時間です。詳細は、訪問調査員と連絡者等との相談の上で決めさせていただくことになります。

調査は基本的にご自宅でします。例外として、入院中の方で退院日が確定し、退院後すぐに介護サービスを利用する必要のある方、又は、退院後施設へ入所を希望している方は入院中でも調査します。ただし、状態が安定している方に限ります。

本人氏名 **橋本 花子**

①認定調査実施場所について

現住所

その他 (**病院** ・ 施設 ・ 他住所)

名称 **〇〇病院△階□号室** (退院予定 未定・〇月△日頃)

所在地 **橋本市小峰台〇-△**

病院や施設で調査の場合、日頃の状況については、病院や施設の方から聞き取りしますので、基本的にご家族の立会は必要ありません。

②認定調査時の立会について

立会なし 立会あり 家族 (続柄: **夫**)、ケアマネジャー・他 ()

③日程調整をする場合の連絡先

確実に連絡の取れる電話番号を、優先順でご記入ください。

連絡者 ふりがな 本人 ・ その他 (氏名 **はしもと たろう 橋本 太郎** 本人との続柄 **夫**)

連絡者電話番号 ①優先: **090-1234-5678** (自・携) ② **0736-12-3456** (自・携)

④介護サービス利用や通院等の状況について (該当するものを○で囲んでください。)

	月	火	水	木	金	土
午前	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ へ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他
午後	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・ 通 ・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他	デ・リ・ヘ 看・通・透・ 他

デ…デイサービス リ…リハビリ ヘ…ヘルパー 看…訪問看護 通…通院 透…透析 他…その他

※上記のほか通院やショートステイ等で都合の悪い日… (〇月△日、〇月△日)

⑤調査員に事前に伝えておくことはありますか？

特になし

配慮が必要 (大きな声で・手話・筆談・その他 ())

聞き取り内容 (病気のこと・その他 (**介護認定調査であることは本人には伏せてほしい**))

本人にわからないように家族から伝えたいことがある、本人には病名を告知していない etc

⑥介護サービスについて

(更新・変更の方は利用中のサービスに、新規の方は利用希望のサービスにチェックしてください。)

訪問介護 (ヘルパー) 通院等乗降介助 (介護タクシー) 訪問看護

福祉用具貸与 (**ベッド**・車椅子・歩行器・杖など) 住宅改修 (風呂・トイレ・**手すり**等)

デイサービス リハビリ (通所・訪問) 施設入所 短期入所 (ショートステイ)

その他 (**ポータブルトイレの購入。利用するサービスは具体的に決まっておらず、検討中。etc**)

⑦認定申請に至った経緯、現在の心身の状況・生活状況等伝えておくことがあればご記入ください。

入院中の方は、入院された理由とその後の経過についてもあわせてご記入ください。

例1) 以前から物忘れがあったが、最近外出して帰宅できないことや、食事のとり忘れがあるため、〇〇病院のもの忘れ外来を受診したところ、軽度の認知症と診断された。主治医から、介護保険の認定を受けて、デイサービスを利用するよう勧められたため、申請した。

例2) 4/2 自宅廊下にて転倒し、△△病院へ救急搬送された。左大腿骨骨折により入院し、4/4 手術。5/17〇〇病院へリハビリのため転院し、現在リハビリ中。あと3週間くらいで退院と言われている。退院後は自宅へ戻るため、手すりの取り付けが必要。また、一人暮らしのため、ヘルパーを利用したい。